RISQ RECHERCHE ET INTERVENTION SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE (IGT) POUR LES ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES : ÉTUDES DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Michel Landry, Ph.D.

Jacques Bergeron, Ph.D.

Geneviève Provost, M.Sc.

Michel Germain, B.Sc.

Louise Guyon, M.Sc.

Avec la collaboration de

Lyne Desjardins, M.Sc.

Ce projet a bénéficié d'une subvention du Ministère de la Santé et des services sociaux

Direction de l'évaluation

Mai 2000

CENTRE DOLLARD-CORMIER 950, rue Louvain Est, Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : 514.385.3490 poste 1133 ou 1132 Télécopie : 514.385.4685 Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

INDICE DE GRAVITÉ D'UNE TOXICOMANIE (IGT) POUR LES ADOLESCENTS ET ADOLESCENTES : ÉTUDES DES QUALITÉS PSYCHOMÉTRIQUES

Michel Landry, Ph.D.[1]

Jacques Bergeron, Ph.D.[2]

Geneviève Provost, M.Sc.[3]

Michel Germain, B.Sc.[4]

Louise Guyon, M.Sc.[5]

Avec la collaboration de

Lyne Desjardins, M.Sc.[6]

Ce projet a bénéficié d'une subvention du Ministère de la Santé et des services sociaux

Direction de l'évaluation

Mai 2000

---

[1] Co-Directeur du RISQ et directeur des services professionnels au Centre Dollard-Cormier.

[2] Professeur titulaire au département de psychologie de l'université de Montréal et chercheur principal au RISQ.

[3] Agente de recherche au RISQ.

[4] Chef de programme au Centre Dollard-Cormier.

[5] Coordonnatrice du RISQ.

[6] Agente de recherche au RISQ.

Cette recherche a bénéficié d’une subvention du Conseil québécois de la recherche sociale.

Cette édition a été produite par le RISQ

Coordination de l’édition :

Louise Guyon

Collaboration à l’édition :

France Fortin

Le lecteur qui désire un supplément d’information sur le RISQ pourra s’adresser au :

RISQ

950, rue de Louvain Est

Montréal (Québec) H2M 2E8

Téléphone : (514) 385-3490 poste 1133

Télécopieur : (514) 385-4685

Courriel : risq.cirasst@ssss.gouv.qc.ca

Les commentaires ou demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressées directement à l’auteur principal.

Michel Landry

385-3490 poste 1135

AVANT-PROPOS

Ce document «Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour les adolescents et adolescentes : études des qualités psychométriques» a été produit dans le cadre des travaux du RISQ. Il fait partie d'un ensemble de publications formant la série LES CAHIERS DE RECHERCHE du RISQ dont l'objectif est d'assurer la diffusion des résultats des études qui y sont menées. Ces cahiers s'adressent aux intervenants, aux planificateurs, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par le champ de la recherche sur les substances psychoactives. Les auteurs sont les membres du RISQ ; chercheurs, intervenants, collaborateurs, agents de recherche, étudiants et stagiaires. Ce cahier de recherche a été relu par Madame Francine Marcil du Centre Le Maillon.

RÉSUMÉ

Ce cahier de recherche présente les différentes étapes et le protocole qui ont entouré l'élaboration de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie pour les adolescents et les adolescentes (IGT/ADO). Fruit d'une collaboration étroite entre des milieux d'intervention et des chercheurs du RISQ, cet outil d'évaluation est maintenant utilisé par les intervenants qui travaillent avec des jeunes présentant des problèmes de surconsommation de substances psychoactives. Il a été conçu dans la foulée de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) pour adultes et présente avec cet instrument un certain nombre de similitudes, tout en étant adapté plus spécifiquement à la clientèle adolescente.

Historique

En 1996, le RISQ réalisait une tournée provinciale auprès des Centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes (CRPAT) du Québec. De cette vaste consultation, ressortait un manque d'outils valides et complets pour évaluer la consommation chez les adolescents, amenant ainsi les CRPAT à utiliser des outils «maison ». Le besoin pour ces centres de se doter d'un instrument d'évaluation adapté à cette clientèle a été le moteur d'une démarche, entreprise par le RISQ, visant à développer un questionnaire qui permettrait : 1) d'évaluer la consommation de substances psychoactives et les problèmes biopsychosociaux associés chez les adolescents et 2) de soutenir l'élaboration d'un plan d'intervention dans un contexte de réadaptation québécois. L'outil devait être en mesure de recueillir des données fiables sur la clientèle visée tant à des fins cliniques que de recherche.

Pour ce faire, le RISQ a choisi d'élaborer un outil adapté à la réalité québécoise, privilégiant une approche multidimensionnelle, en se basant principalement sur l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) pour adultes, certains outils «maisons » utilisés par les CRPAT et quelques outils américains disponibles, tels que l'Addiction Severity Index (ASI), le Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A) et le Teen-Addiction Severity Index (T-ASI). Ces outils ont servi de modèle afin de conserver les différents éléments jugés pertinents dans l'évaluation de la consommation et des problèmes associés.

Démarche

La démarche d'élaboration et de validation s'est faite en trois étapes, en étroite collaboration avec les CRPAT, les Centres Jeunesse (CJ) et le milieu scolaire. Premièrement, après consultation des différents outils d'évaluation disponibles, une version « 0 » de l'indice de gravité d'une toxicomanie pour adolescents a été réalisée et soumise à un comité aviseur provenant des CRPAT et des CJ ainsi qu'à des adolescents issus des mêmes organismes. Cette première étape a permis de s'assurer que, tant en ce qui concerne le fond que la forme, l'outil était perçu par les experts et la clientèle cible comme pertinent à la réalité qu'il prétend mesurer (validité de contenu).

La deuxième étape consistait à expérimenter l'outil auprès d'adolescents provenant des CRPAT et des CJ afin de vérifier la consistance interne de chacune des échelles de l'outil. Les analyses ont fait ressortir une bonne homogénéité des items, ceux-ci contribuant de façon significative à la mesure d'une même réalité. Une fois de plus, le comité aviseur et les adolescents ont été consultés afin de s'assurer de la pertinence des échelles et des items et d'adapter la deuxième version de l'outil en fonction de leurs besoins spécifiques.

La troisième étape d'expérimentation a permis de recueillir des données non seulement auprès des adolescents en CRPAT et en CJ mais aussi auprès des adolescents en milieu scolaire, afin de pouvoir comparer les données d'un groupe de jeunes éprouvant des problèmes d'adaptation à un groupe de la population générale (groupe contrôle). Ces données ont permis d'effectuer quatre types d'analyse. En premier lieu, une seconde analyse de consistance interne a été faite faisant ressortir une amélioration de l'homogénéité des items du score composé. Des analyses sur la

validité discriminante de l'outil, c'est-à-dire sa capacité à discriminer deux populations distinctes, ont ensuite été réalisées. Les résultats font ressortir des différences entre les deux groupes à plusieurs niveaux : la consommation d'alcool et de drogues, les problèmes psychologiques, la prise de médicaments dans la vie, les pairs consommateurs, la situation matrimoniale des parents, certaines difficultés familiales, les fugues et les gestes délinquants. Les scores composés et la gravité des problèmes dans chacune des échelles telle qu'évaluée par les adolescents eux-mêmes, varient également en fonction du type de clientèle mais aussi en fonction de l'âge et du sexe. Quant aux analyses de validité conceptuelle, les résultats démontrent que chacune des échelles mesurent des aspects distincts les uns des autres, même si certaines sont davantage reliées entre elles. Parmi les adolescents rencontrés lors de cette troisième étape, une cinquante avaient accepté d'être revus une deuxième fois. Cette procédure a permis en dernier lieu de soumettre l'outil a une quatrième série d'études : la fidélité test-retest. Les résultats démontrent que les items des scores composés sont stables dans le temps et confirment la capacité de l'outil à mesurer les mêmes concepts d'une fois à l'autre.

En mai 1999, le RISQ livrait donc aux milieux d'intervention ***l'indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) pour adolescents***, un outil d'évaluation fiable et valide, pouvant être utilisé auprès de la population adolescente âgée de 14 à 17 ans, afin d'évaluer sa consommation d'alcool et de drogues et les problèmes associés. Dans la foulée de ce projet, une *Grille de dépistage de consommation problématique pour les adolescents* a été préparée à l'intention des organismes de première ligne. Enfin, un *comité de soutien* s'assure dorénavant, en partenariat avec le RISQ, de suivre l'évolution des besoins des milieux d'intervention et d'adapter ces outils en fonction de leur réalité.

LE RISQ

Le RISQ est un groupe de recherche multidisciplinaire qui a mis sur pied un programme d'études et de travaux intégrés dans le domaine de la réadaptation en toxicomanie. Créé en 1991, dans le cadre du programme de développement d'équipe en recherche sociale du CQRS, le groupe s'est donné comme objectif central de :

> *«aider les milieux concernés à mieux comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir et développer des stratégies d'intervention plus efficaces à leur intention»*

Le programme de recherche du RISQ qui est à son troisième mandat, s'actualise à travers quatre axes principaux :

- ♦ approfondir la connaissance de la population-cible et de son milieu social;
- ♦ comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- ♦ améliorer l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir;
- ♦ développer de l'instrumentation et explorer des méthodes de recherche adaptées aux besoins des milieux d'intervention.

Situé au Centre Dollard-Cormier, lequel assure la gestion financière de la subvention d'équipe, le RISQ réunit des chercheurs des milieux universitaires et du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que leurs partenaires, les centres publics de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanies.

Outre les Cahiers de Recherche, le RISQ produit une série de Cahiers Techniques qui sont des documents d'appoint de référence. Enfin, un bulletin d'information, le RISQ-INFO, est distribué sur une base bi-annuelle. Ces documents peuvent être consultés sur le site Web du RISQ à l'adresse suivante : www.cicc.umontreal.ca/risq-cirasst.

Michel Landry, directeur

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier les membres du comité aviseur pour leur généreuse collaboration et leur implication soutenue tout au long de la démarche. Leur connaissance de la réalité des adolescents et leur expérience auprès d'eux a permis d'élaborer un outil adapté, judicieux et pertinent pour les milieux d'intervention. Les échanges fructueux ont été des plus enrichissants et se sont déroulés dans une ambiance cordiale et chaleureuse, agrémentant ainsi une démarche exigeante et parfois aride. Il importe de souligner l'apport essentiel des personnes suivantes :

Denis Bourque
Domrémy Mauricie-Centre du Québec

Mirka Dancose
Centre Dollard-Cormier- Programme jeunesse

Gilles Durand
Pavillon André Boudreau

Anne Duret
Centre Jeunesse de Montréal

Daniel Gendron
Centre Jean-Patrice Chiasson

Luc Gervais et Martine Vallée
Centre Jean Lapointe

Yolande Hogue
Centre Jeunesse de Laval

Francine Marcil
Centre Jeunesse de Laval

Myriam Laventure
Centre Le Virage

Les auteurs remercient tous les intervenants et les agents de recherche qui se sont impliqués dans le projet en administrant le questionnaire aux différentes étapes du projet. Merci également aux adolescents pour avoir accepté en aussi grand nombre de participer à l'exercice et de nous avoir partagé leur appréciation de ce nouvel outil d'évaluation. La collaboration de tous et chacun a été primordiale pour la bonne marche du projet.

Merci aux Centres de réadaptation, Centres jeunesse et écoles qui nous ont ouvert leurs portes afin de permettre aux interviewers de rencontrer près de 500 jeunes pour la validation de l'outil. La réalisation de ce projet n'aurait pu se faire sans leur appui.

Remercions aussi Mélanie Gagnon pour son travail assidu lors de la saisie des données et Pierre Joly pour ses judicieux conseils lors des analyses statistiques.

Enfin, il faut souligner le travail de Mmes France Fortin, Danielle Dupuis et Marcelle Demers pour leur support technique lors de la mise en page du questionnaire et du manuel.

On notera que tout au long du texte, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

TABLE DES MATIÈRES

1 - INTRODUCTION 1

1.1 CONTEXTE 1

1.2 RECENSION DES OUTILS 3

1.3 CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES DANS LE CHOIX DE L'OUTIL 6

1.4 CHOIX DE L'OUTIL 8

2 - DÉROULEMENT DU PROJET 10

2.1 PARTENAIRES RESPONSABLES DE LA RÉALISATION DU PROJET 10

2.2 CLIENTÈLE CIBLE 10

2.3 PHASE 1 : DÉVELOPPEMENT D'UNE VERSION 0 ET ÉTUDE DE LA VALIDITÉ DE CONTENU 13

2.4 PHASE 2 : EXPÉRIMENTATION DE LA VERSION 1 DE L'IGT-ADOLESCENTS 17

2.5 PHASE 3 : EXPÉRIMENTATION DE LA VERSION 2 DE L'IGT-ADOLESCENTS 24

3 - CONCLUSION 45

RÉFÉRENCES 49

ANNEXE 1 LISTE DES PARTENAIRES ASSOCIÉS 53

ANNEXE 2 ITEMS CONSTITUANT LE SCORE COMPOSÉ 55

ANNEXE 3 TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES 57

ANNEXE 4 QUESTIONNAIRE 59

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 Résumé des étapes du projet de recherche 12

TABLEAU 2 Répartition des sujets en fonction de l'âge et du sexe 18

TABLEAU 3 Coefficient d'homogénéité interne (Alpha de Cronbach) 20

TABLEAU 4 Résultats au sondage d'opinion........ 22

TABLEAU 5 Renseignements sur le sexe et l'âge de l'échantillon à l'étude selon le type d'établissement........ 25

TABLEAU 6 Résultats issus des test-t et des corrélations entre les scores composés selon les deux temps de passation........ 27

TABLEAU 7 Pourcentage de variation entre le temps 1 et le temps 2 pour les items critiques à chacune des échelles 29

TABLEAU 8 Coefficients de corrélation de la 1ère version et de la 2ième version de l'igt adolescents........ 29

TABLEAU 9 Coefficient de corrélation (r) de pearson pour les scores composés........ 31

TABLEAU 10 Proportion de consommateurs réguliers selon le type d'établissements 32

TABLEAU 11 Substances problématiques selon l'avis des adolescents et des intervenants 33

TABLEAU 12 Problèmes psychologiques sur une période prolongée au cours de la vie selon les adolescents et le type d'établissement........ 34

TABLEAU 13 Prise de médicaments pour des problèmes psychologiques ou émotionnels selon les adolescents et le type d'établissement........ 35

TABLEAU 14 Relations interpersonnelles des adolescents selon le type d'établissement........ 36

TABLEAU 15 Situation actuelle des parents d'après les adolescents selon le type d'établissement........ 36

TABLEAU 16 Difficultés familiales actuelles selon l'adolescent par type d'établissement........ 37

TABLEAU 17 Répartition des adolescents qui ont révélé avoir fugué plus de 24 heures de leur lieu de résidence actuel........ 38

TABLEAU 18 Répartition des adolescents qui ont commis un acte délinquant en vertu du code criminel ainsi que l'âge du premier et du dernier geste délinquant 38

TABLEAU 19 Scores composés pour chacune des échelles selon le type d'établissement 39

TABLEAU 20 Profils de gravité déterminés par l'adolescent pour l'ensemble des échelles selon le type d'établissement.. 40

TABLEAU 21 Scores composés à chacune des échelles selon le groupe d'âge 41

TABLEAU 22 Profils de gravité par l'adolescent selon le groupe d'âge 41

TABLEAU 23 Scores composés à chacune des échelles selon le sexe 42

TABLEAU 24 Profils de gravité par l'adolescent selon le sexe 42

TABLEAU 25 Profils de gravité déterminés par l'adolescent et les intervenants pour l'ensemble des échelles selon le type d'établissement.. 43

TABLEAU 26 Moyenne des scores composés selon les deux temps de passation de l'igt ado 2ième version et le type d'établissement... 57

1 - INTRODUCTION

1.1 Contexte

La consommation de substances psychoactives chez les adolescents et les adolescentes a connu une progression notable au cours des dernières années. Aux États-Unis, Segal et Stewart (1995) remarquent que cette consommation *«..depuis 30 ans, est passé d'un phénomène déviant à une situation épidémique»*. Faisant référence à une étude américaine (National Survey Results from High School Seniors, College Students, and Young adults, (NIDA), 1988), ils rapportent que 20% des adolescents en milieu scolaire, âgés entre 12 et 17 ans, consomment sur une base régulière. D'après les sondages nationaux (rapportés dans Segal et Stewart, 1995), pour la première fois durant la dernière décennie, la consommation de drogue chez les adolescents est en courbe ascendante, une tendance confirmée par les données issues du National Institue of Drug Abuse (NIDA), qui démontrent que la consommation a significativement augmenté entre 1992 et 1993 (Segal et Stewart, 1995).

Les taux de prévalence de la consommation d'alcool et de drogues chez la population adolescente québécoise (milieu scolaire) vont dans le même sens : 66% des jeunes âgées entre 12 et 18 ans ont consommé de l'alcool et 17% de la drogue au cours de leur vie. Parmi les consommateurs actuels, 58% consomment de l'alcool, soit occasionnellement ou régulièrement, et 7% consomment de la drogue (Cloutier et Legault, 1991). En comparant deux études, dont une faite en 1991 (Cloutier et Legault) et l'autre en 1994 (Cloutier et al), Guyon et Geoffrion (1997) remarquent que la consommation des adolescents s'est modifiée au cours des dernières années : «*Depuis 1991, leur consommation d'alcool a augmenté mais on note qu'ils boivent moins de façon régulière. La situation est plus inquiétante par rapport à leur consommation de drogues. Depuis 1991, plus de jeunes consomment de la drogue et ils sont plus nombreux à en consommer régulièrement (0,9% des garçons et 0,5% des filles en 1991, contre 4,4% et 2,6% en 1994).* » Selon une étude de Leblanc et Tremblay (1985), 21% des adolescents montréalais auraient consommé au moins une fois des drogues illicites, dont 11% plus ou moins régulièrement.

Quant aux jeunes vivant en centre jeunesse, Guyon et Geoffrion (1997) rapportent que près de 25% d'entre eux déclarent avoir des problèmes avec leur consommation d'alcool ; cette proportion passe

à 40% lorsqu'il s'agit de consommation de drogue. Le rapport Bertrand en 1990 indiquait des taux semblables : 39% des jeunes en centre d'accueil présenteraient un problème de consommation de drogue. À cette époque, les intervenants signifiaient au comité Bertrand leur inquiétude à l'égard des hausses significatives de l'utilisation des substances psychotropes chez les adolescents (Groupe de travail sur la lutte contre la drogue, 1990). Forget (1995) mentionne également que «*plus du tiers des jeunes de 12 à 18 ans des centres de réadaptation pour jeunes en difficulté (CRJD) présenteraient des problèmes de consommation.* »

Chez les jeunes de la rue, la proportion de consommateurs tel que rapporté par Guyon et Geoffrion (1997) est beaucoup plus élevée : la presque totalité d'entre eux consomment de l'alcool et des drogues. Pour la consommation d'alcool, la prévalence à vie est de 99% et de 86% pour le dernier mois ; un jeune sur dix consomme de l'alcool tous les jours. Pour ce qui est de la drogue, la prévalence à vie est de 97%, et plus du tiers d'entre eux se sont injectés des drogues au moins une fois (36%).

Aux États-Unis, plus de 50 000 adolescents âgés entre 12 et 19 ans entrent chaque année en traitement (Friedman et Utada, 1989). Au Québec, en 1993 et 1994, 1667 jeunes ont été inscrits ou admis au sein des 14 établissements[1] des services de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (Vermette, 1997). Ces services se sont d'ailleurs développés depuis une dizaine d'années selon le Groupe de travail sur la lutte contre la drogue, (1990); on recensait en 1989 seulement trois centres publics et deux centres privés offrant des services aux adolescents. Il note également une insuffisance de programmes destinés aux adolescents et aux jeunes adultes, notamment dans le milieu scolaire qui, en 1990, était dépourvu de ressources spécialisées en toxicomanie. À cet effet, le groupe recommandait d'augmenter le nombre de places en foyer de groupe et en programme résidentiel pour les jeunes de moins de 25 ans et d'ajouter des points de services externes de réadaptation (pour adultes et adolescents) dans les régions les moins bien pourvues.

---

[1] Les données ne sont disponibles que pour 16 des 19 programmes offerts dans les 14 établissements. Aucune donnée n'est disponible pour les années antérieures ou subséquentes. Vermette (1997) note d'ailleurs qu'il est difficile de dresser un profil exhaustif de la clientèle compte tenu du manque d'utilisation systématique d'outils et de procédures standardiser par les centres de réadaptation.

En 1999, plus d'une vingtaine de centres publics et privés offraient des services aux adolescents ayant des problèmes de consommation. Ces centres ont manifesté le besoin d'acquérir un instrument d'évaluation de la toxicomanie. Ce besoin s'est exprimé lors de la tournée de consultation menée par le Groupe de recherche et d'intervention sur les substances psychoactives-Québec (RISQ) auprès de ses partenaires au cours de l'automne 1996. Déjà en 1990, le Groupe de travail sur la lutte contre la drogue avait recommandé de fournir aux dispensateurs des services et programmes les outils nécessaires à l'évaluation de leur programme. Cependant, peu d'outils sont disponibles pour évaluer la sévérité de la consommation et des problèmes associés chez les adolescents (Kaminer et al., 1991). Les évaluations utilisées jusqu'à présent, sont souvent des outils maison, que ce soit aux États-Unis (Friedman et Utada, 1989, Leccese et Waldron, 1994) ou au Québec (consultation des partenaires du RISQ, 1996), et peu d'entre eux ont fait l'objet d'études formelles de fidélité et de validité.

Dans un contexte où la proportion des consommateurs chez les adolescents a augmenté significativement au cours des dernières années et où les ressources offrant des services à cette population sont de plus en plus nombreuses, il était essentiel d'entreprendre une démarche pour développer un outil validé, adapté à la réalité des adolescents et permettant d'obtenir une évaluation complète de la consommation et des problèmes associés. Le choix de l'outil devait tenir compte des instruments déjà disponibles, des démarches nécessaires et du temps requis pour le valider et le rendre apte à répondre aux spécificités de la population cible (adolescents québécois). Afin de répondre aux besoins du milieu, deux possibilités ont été envisgées : 1) traduire un outil américain déjà validé ou 2) développer un outil d'évaluation adapté au contexte québécois.

1.2 Recension des outils

Aux États-Unis, un nombre restreint d'outils d'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues ont été développés et adaptés aux adolescents. Parmi les plus connus (Leccese et Waldron, 1994 ; Meyers et al., 1995), on retrouve : l'*Adolescent Drug Diagnosis* (ADAD), le *Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents* (CASI-A), le *Teen-Addiction Severity Index* (T-ASI), l'*Adolescent Self-Assessment Profile* (ASAP), le *Personnel Experience Inventory Index* (PEI) et l'*Adolescent Diagnostic Interview* (ADI). Voici une brève description de ces outils avec leurs qualités psychométriques (lorsque disponibles).

Adolescent Drug Diagnosis (ADAD) (Friedman et Utada ; 1989)

Cet outil, une entrevue structurée de 150 items, est basé sur l'*Addiction Severity Index* (ASI). Il peut être utilisé pour identifier la présence d'un problème de consommation et élaborer le plan d'intervention et être appliqué à des fins de recherche. Il explore neuf domaines de vie : problèmes médicaux, activités scolaires, travail, environnement social, situation familiale, état psychologique, situation judiciaire, consommation d'alcool et de drogues. Un indice de sévérité peut être calculé pour chaque domaine et permet d'indiquer le besoin de traitement de l'adolescent. Il présente de bonnes qualités psychométriques : la validité interjuges varie entre .84 et .95 ; la fidélité test-retest entre .71 et .98 ; les coefficients alpha pour chacune des échelles varient entre .66 et .85. De plus, l'outil démontre de bons indices de validité concomitante.

Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A) (Meyers et al., 1995)

Le CASI-A est une entrevue semi-structurée, inspirée de l'ASI, couvrant sept domaines : la situation scolaire, la consommation d'alcool et de drogues, les relations familiales, les relations avec les pairs, le statut judiciaire, la détresse psychologique et l'occupation des temps libres. Pour chacune de ces échelles, les coefficients alpha varient de .48 à .80. Les auteurs ont également comparé les informations obtenues à l'aide du CASI-A à celles inscrites par les intervenants dans le dossier clinique ; les résultats démontrent une bonne correspondance entre les deux types de mesures, allant jusqu'à 98% de convergence pour certaines échelles. Néanmoins, les auteurs proposent d'apporter éventuellement des modifications aux échelles n'atteignant pas 75% de correspondance ou un alpha de 0.6.

Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) (Kaminer et al., 1991)

Cette brève entrevue structurée comprend 134 items répartis en sept sous-échelles : consommation de substances psychoactives, situation scolaire, situation d'emploi, relations familiales, situation judiciaire, relations sociales et statut psychiatrique. Chacune des échelles comporte une évaluation en cinq points sur la sévérité du problème et le besoin de traitement, complétée par l'adolescent et par l'interviewer. Kaminer (1991) rapporte une bonne validité interjuges, la corrélation variant de .72 à .98, à l'exception de l'échelle familiale (.32). Les auteurs expriment néanmoins le besoin de réaliser des études plus approfondies sur les qualités psychométriques de cet instrument.

Adolescent Self-Assessment Profile (ASAP)

C'est un questionnaire de 203 items à choix multiples, qui comprend 20 échelles investiguant six domaines : situation familiale, santé mentale, influence des pairs, problèmes scolaires, comportements délinquants et consommation de drogues. Des scores peuvent être calculés pour chacune des échelles et convertis en percentiles afin de déterminer le degré de sévérité du problème. Les coefficients de consistance interne (rapporté dans Leccese et Waldron, 1994), varient entre .73 et .94.

Personnal Experience Inventory (PEI) (Winters et Henly, 1989)

Auto-administré, ce questionnaire comporte 276 items et aborde plusieurs aspects : fréquence et sévérité de la consommation de drogues, âge à la première consommation, facteurs de risque personnels et environnementaux, dépistage de problèmes particuliers (abus physique et sexuel). Il comprend cinq échelles de sévérité : implication personnelle (*personnal involvement),* effets de la consommation de drogue, bénéfices de la consommation de drogues, conséquences de la consommation de drogues, et poly-consommation. Pour ces cinq échelles les coefficients alpha varient de .85 à .97. L'instrument démontre également une bonne validité concurrente, les cinq échelles étant reliées significativement aux critères établis par le DSM-III-R pour les troubles de consommation. Lors d'une étude de validité, l'outil a également permis de classifier avec une assez bonne précision (.81), des adolescents dans les mêmes groupes de traitement que ceux recommandés par l'évaluation clinique (Winters et al., 1993). Des normes sont disponibles par âge et par sexe (percentiles et t-scores) basées sur un échantillon de 2000 adolescents.

Adolescent Diagnostic Interview (ADI) (Winters et Henly, 1993)

C'est une entrevue structurée qui cerne les troubles de consommation en fonction des critères établis par le DSM. Habituellement utilisée pour les adultes mais appliquée aux adolescents, on en retrouve une version pour le DSM-III-R et une pour le DSM-IV. Selon les informations rapportées dans Leccese et Waldron (1994) et Winters et al., (1999), l'outil démontre une bonne fidélité interjuges et le diagnostic qui en ressort va dans le même sens que celui attribué par les experts cliniques.

Conclusion

Leccese et Waldron, (1994) déplorent le fait qu'il y ait peu d'étude de validité sur ces instruments, à la différence de plusieurs outils utilisés avec les adultes. D'après les auteurs, les instruments les plus prometteurs, démontrant les meilleures qualités psychométriques sont l'ADI, l'ADAD et le PEI[2]. Néanmoins, selon eux, des recherches additionnelles sont nécessaires afin de :

- tester la validité de ces mesures et les comparer ;
- faire ressortir plus de convergence et de consistance dans l'ensemble des résultats obtenus (surtout pour les études utilisant l'ASI comme modèle de référence) afin d'avoir une base empirique commune dans le champ de la toxicomanie chez les adolescents ;
- établir ce qui est particulier à la réalité des adolescents sans prendre pour acquis que les modèles adultes sont directement transférables ;
- finalement permettre aux cliniciens d'utiliser des instruments qui démontrent de bonnes qualités psychométriques et qui mesurent adéquatement ce qu'ils sont supposés mesurer.

1.3 Considérations cliniques et méthodologiques dans le choix de l'outil

Différences adolescents/adultes

Un bon nombre d'auteurs s'entendent pour dire que l'outil utilisé doit refléter la réalité vécue par les adolescents et prendre en considération des caractéristiques ou des situations qui leur sont propres. Ces considérations sont confirmées par plusieurs études rapportées entre autres dans Leccese et Waldron (1994) qui démontrent des différences précises entre la consommation abusive d'alcool des adolescents et celle des adultes : les adolescents ont moins de symptômes de dépendance physique et moins de problèmes de santé physique reliés à la consommation d'alcool ; au total, ils consomment moins que les adultes mais de plus grande quantités par occasion ; ils ont plus de risque de subir des conséquences négatives de leur consommation compte tenu de leur statut particulier dans le système familial et social. Dans une étude utilisant les critères du DSM-IV, Martin et al. (1995) ont obtenu des résultats qui vont dans le même sens : les symptômes associés à la consommation chez les adolescents diffèrent nettement des adultes : moins de symptômes d'abus et de dépendance, taux de «black-out» moins élevés, moins de problèmes médicaux.

[2] Il faut noter que le CASI-A n'était pas disponible lorsque les auteurs ont effectué leur recension.

Malgré certains recoupements entre les profils de consommation des adolescents et ceux des adultes, Leccese et Waldron (1994) concluent qu'un outil d'évaluation spécifique à la population adolescente est nécessaire. Friedman et Utada (1989) vont dans le même sens et ajoutent que les adolescents ont des besoins de traitement distincts de ceux des adultes. Certains auteurs mentionnent qu'un instrument utilisé avec les adultes peut être adapté de manière satisfaisante à la population adolescente, comme ça c'est fait dans le passé pour d'autres instruments (Meyers et al., 1995 ; Kaminer et al., 1991).

Les problèmes associés

On sait que la consommation abusive d'alcool et de drogues affecte la vie des adolescents à plusieurs égards. Une étude américaine (citée dans Leccese et Waldron, 1994), démontre en effet que les adolescents admis en traitement présentent des problèmes à plusieurs niveaux : médical, psychologique, familial, légal, scolaire et financier. Le Groupe de travail sur la lutte contre la drogue (1990) rapporte également que l'usage et le trafic de drogues a des conséquences sur la santé physique, la santé mentale, la criminalité, l'éducation, les problèmes relationnels et le travail. D'après Cloutier et Legault (1991), les facteurs de risque associés à la surconsommation chez les adolescents sont les caractéristiques personnelles du jeune, son milieu familial et son milieu social.

Fisher et Harrison (1992) mentionnent que pour déterminer si l'adolescent présente un problème de consommation d'alcool et de drogues, il est important d'obtenir des informations non seulement sur sa consommation mais aussi sur ses relations avec sa famille, avec ses pairs, la présence de pairs consommateurs, ses activités scolaires et parascolaires et son niveau d'anxiété. À la suite d'une étude utilisant les critères du DSM-IV, Martin et al. (1995) insistent sur l'importance, lors de l'évaluation, de documenter la dépendance, la détresse psychologique, les relations familiales, les relations avec les amis, l'école, le travail, etc.

En conclusion, l'outil privilégié devrait couvrir l'ensemble des domaines affectés par la consommation afin d'établir un plan d'intervention adéquat et offrir des services qui répondent aux besoins spécifiques du client (Meyers et al. 1995 ; Friedman et Utada ; 1989). De plus, comme peu d'informations sont disponibles jusqu'à présent sur l'efficacité des traitements offerts à cette population (Meyers et al., 1995), il serait important de pouvoir mesurer l'impact (résultats) des

interventions faites auprès de l'adolescent (Friedman et Utada, 1989). Cependant, les résultats (outcomes) ne se mesurant pas seulement par la réduction de la consommation mais par un ensemble des facteurs biopsychosociaux, l'outil utilisé devrait adopter une approche multidimensionnelle.

1.4 Choix de l'outil

On remarque que parmi les outils identifiés, plusieurs ont été développés sur le modèle de l'ASI. Lors de plusieurs études antérieures (McLellan et al., 1980 ; McLellan et al., 1982 ; McLellan et al., 1985), il s'est révélé un bon outil d'évaluation clinique, permettant d'établir adéquatement le plan d'intervention, d'orienter le client vers des services correspondant à ses besoins et d'évaluer les résultats post-traitement. C'est un outil qui présente de bonnes qualités psychométriques (McLellan et al., 1980). Cependant, Meyers et al (1995) précisent qu'une simple traduction directe pour les adolescents ne répondrait pas aux spécificités d'une évaluation adaptée à leur situation.

Au Canada, on retrouve une adaptation en langue française de l'ASI, *l'Indice de gravité d'une toxicomanie pour adulte* (IGT) qui a démontré des qualités psychométriques équivalentes à celles de l'ASI (Bergeron et al., 1998, 1992). Cependant, aucune adaptation validée pour les adolescents n'a été faite. L'AADAC (Alberta Alcohol and Drug Abuse Commision) a construit un questionnaire de langue anglaise pour les adolescents, basé sur le modèle de l'ASI, que la Maison Jean Lapointe pour adolescents a traduit en français[3], afin d'en faire une version adaptée à sa clientèle. À Sherbrooke, une démarche similaire a été réalisée par le Centre Jean Patrice-Chiasson qui a élaboré une version modifiée de l'IGT pour adulte afin de l'administrer à sa clientèle adolescente.

Les concepteurs du projet ont décidé de créer leur propre version de l'IGT-Adolescents plutôt que de traduire un des instruments existant en anglais. En effet, malgré les qualités psychométriques satisfaisantes de certains des outils consultés, ils nécessitaient des révisions majeures. De plus, le choix d'un de ces outils impliquait l'obligation de transiger les droits d'utilisation et d'ajouter une étape de validation et de traduction, afin de l'adapter au milieu d'intervention québécois. Néanmoins, le modèle de l'ASI et des instruments qui en ont découlé (ex. CASI-A), ont été

[3] Cette version n'a cependant pas été validée.

considérés lors de l'élaboration de l'outil en privilégiant l'approche multidimensionnelle et l'entrevue de type structuré.

Suite à l'examen des versions existantes des ASI-IGT pour adolescents et de la consultation faite auprès des différents centres de réadaptation, les auteurs ont établi que la démarche d'élaboration et de validation d'un instrument pour adolescents devait respecter les paramètres suivants :

A. Dans la mesure du possible, les concepteurs souhaitaient conserver des éléments communs avec l'IGT pour adultes, dont les différents domaines jugés pertinents dans l'évaluation de la consommation et des problèmes associés. On pouvait ainsi faciliter la tâche des intervenants qui avaient à utiliser les deux instruments, comme c'est le cas dans plusieurs Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (CRPAT), et disposer ainsi d'une base de comparaison entre les deux populations.

B. La pertinence de constituer une section plus brève et autosuffisante a aussi été prise en compte. Cette section pourrait être utilisée comme outil de dépistage, facilitant ainsi le processus de référence aux personnes ressources qui utiliseraient déjà l'IGT pour adolescents.

C. L'intérêt de mener le projet en étroite collaboration avec les intervenants des Centres de réadaptation (CRPAT) qui travaillent auprès des adolescents. Dès le départ, on s'assurait ainsi que l'instrument répondrait aux besoins du milieu et qu'il serait bien adapté à la réalité. En participant à la démarche, les intervenants s'approprieraient davantage l'instrument et l'implantation dans les milieux en serait d'autant facilitée.

Les grands objectifs du projet étaient donc les suivants :

1. Développer un questionnaire qui permette d'évaluer chez les adolescents la consommation de substances psychoactives et les problèmes biopsychosociaux qui y sont associés et de soutenir l'élaboration d'un plan d'intervention dans un contexte de réadaptation.
2. Développer un outil qui permette de recueillir des données fiables sur la clientèle visée tant à des fins cliniques (communication entre les divers intervenants, planification des services) que de recherche (profils de clientèle, évaluation du changement, etc.).

2 - DÉROULEMENT DU PROJET

2.1 Partenaires responsables de la réalisation du projet

Pour mener à bien ce projet, une équipe formée de chercheurs du RISQ et d'intervenants provenant des CRPAT et des Centres Jeunesse (CJ), a été constituée. Les intervenants, agissant à titre d'experts cliniques, ont constitué le «comité aviseur» du projet et ont été impliqués tout au long de l'élaboration et du processus de validation. Des rencontres ont eu lieu périodiquement afin d'assurer le suivi de l'expérimentation et de la validation de l'outil.

Parmi les partenaires associés, on retrouve : cinq CRPAT, un centre privé et deux Centres Jeunesse (voir liste en annexe). Il est intéressant de noter à cet égard que les deux centres qui avaient déjà utilisé une version adaptée de l'ASI pour adolescents au Québec ont fait partie de ce comité, ce qui a permis à l'équipe de bénéficier de leur expérience. Par ailleurs, la diversité des milieux et des approches cliniques, représentés au sein du comité, a permis de s'assurer que l'outil était développé dans une perspective ouverte aux diverses tendances qui ont cours actuellement dans ce champ d'intervention.

2.2 Clientèle cible

La présente étude de validation vise la population adolescente québécoise. Cependant, les adolescents ne doivent pas être considérés comme une population homogène : cette période de la vie est marquée par un développement accéléré qui fait varier rapidement et de façon significative la réalité des jeunes qui la vivent. Il importe donc de s'assurer que l'instrument sera capable de conserver ses qualités psychométriques pour l'ensemble de la clientèle visée. Actuellement, il semble pertinent de distinguer chez les adolescents trois sous-groupes distincts : 12-13 ans, 14-15 ans et les 16-17 ans. À cela s'ajoute la tendance de plus en plus marquée dans les CRPAT à considérer la clientèle des 18-21 ans comme davantage assimilable à la clientèle adolescente qu’à celle adulte.

Aux fins de la présente étude, il est apparu préférable de se limiter aux deux sous-groupes qui constituent le cœur de la clientèle adolescente : les 14-15 et les 16-17 ans. D'une part, en effet, bien que cette réalité soit probablement appelée à évoluer dans l'avenir, la grande majorité des adolescents qui fréquentent les CRPAT ont entre 14 et 17 ans. Il semblait donc moins nécessaire et

plus difficilement réalisable d'inclure le groupe des 12-13 ans. Quant aux 18-21 ans, l'IGT adulte a été utilisé avec eux de façon satisfaisante. Dans une prochaine étape, cependant, il serait intéressant d'étudier la pertinence de l'IGT-ado avec les 12-13 ans et les 18-21 ans.

L'élaboration et la validation du questionnaire se sont déroulées en plusieurs étapes, lesquelles sont résumées au tableau 1.

TABLEAU 1

RÉSUMÉ DES ÉTAPES DU PROJET DE RECHERCHE

	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4
Version 0	• création d'une version préliminaire • consultation du comité aviseur • focus group avec les adolescents • modifications			
Version 1	• préparation de la version 1 et présentation au comité aviseur	• expérimentation de la version 1 et administration d'un sondage d'opinion auprès des adolescents • constitution des scores composés • analyses de consistance interne • analyses des résultats du sondage • recueil des commentaires du comité aviseur • modifications		
Version 2		• préparation de la version 2 et présentation au comité aviseur	• expérimentation de la version 2 • 2e analyse de consistance interne • études de fidélité (test-retest) • études de validité (conceptuelle et discriminante) • consultation du comité aviseur	
Version 3			• préparation de la version 3	• Dépôt de la version finale de l'outil et du manuel d'utilisation au comité aviseur

2.3 Phase 1 : Développement d'une version 0 et étude de la validité de contenu

Préparation de la version 0 de l'outil (face validity)

La première étape consistait à préparer une version préliminaire de l'outil en prenant pour point de départ les outils semblables développés aux États-Unis et ailleurs au Canada, d'une part, et l'instrumentation déjà développée au Québec pour l'évaluation des jeunes en difficulté d'adaptation et certaines tentatives d'adaptation de l'IGT à des jeunes, d'autre part. L'on souhaitait également conserver certains éléments de l'IGT pour adultes, notamment l'identification des échelles correspondant aux problèmes biopsychosociaux associés à la consommation d'alcool et de drogues. Cependant, malgré les éléments communs, certaines bases conceptuelles devaient être révisées compte tenu de la spécificité de la population adolescente. Afin de mieux cerner les dimensions à l'intérieur desquelles des problèmes associés à la consommation de substances psychoactives sont présents, le développement de neuf échelles a été privilégié (à la différence de sept pour l'IGT-adulte). Pour la version préliminaire, les domaines suivants ont donc été retenus : «*Alcool/Drogue*», «*Santé physique*», «*Relations familiales*», «*Relations interpersonnelles*», «*Scolarisation*», «*Travail*», «*Loisirs*», «*État psychologique*» et «*Système judiciaire et social*».

Les fenêtres temporelles (30 derniers jours, dans la vie) constituent un élément clé de la mesure de l'amélioration ou de la détérioration des sphères de la vie des adolescents. Sur la base des travaux de Meyers et al., réalisés avec le CASI-A (1995), ces fenêtres ont été complétées en y ajoutant une troisième, soit les «12 derniers mois». Cet ajout devait permettre de saisir les changements à moyen terme dans la vie de l'adolescent. De plus, à l'inverse de la population adulte, chez qui la situation passée (historique des problèmes) constitue la base de l'évaluation de la gravité de la toxicomanie, l'évaluation des adolescents doit s'appuyer davantage sur la mesure des situations problématiques actuelles ou récentes.

Étude de la validité de contenu (face validity) de la version 0

L'objectif général de cette étude était de s'assurer que le contenu du questionnaire soit perçu par les experts (comité aviseur) et la clientèle cible (adolescents), comme pertinent à la réalité qu'il prétend mesurer, tant pour le fond que pour la forme (Caron, 1999).

Procédure

Le comité aviseur

Dans un premier temps, la version 0 a été soumise au comité aviseur qui avait pour mandat d'évaluer le contenu de l'outil en abordant les questions suivantes :

- *Est-ce que les échelles (ou domaines de problèmes) sont pertinentes et correspondent à la réalité de la clientèle cible ?*
- *Est-ce que les items choisis sont pertinents en fonction de la clientèle cible ?*
- *Est-ce que le contenu sera bien compris et la formulation adaptée à la clientèle cible ?*
- *Quelles seront les réactions de la clientèle cible au questionnaire ?*

Les membres du comité ont pris connaissance de cette première version et l'ont soumise à leurs collègues de travail avec des consignes générales sur la façon de procéder à cette étude de validation. Lors d'une rencontre subséquente, l'équipe de recherche a recueilli leurs commentaires afin d'en tenir compte dans l'élaboration de la version suivante.

Les adolescents

Parallèlement à cette démarche, la méthode de «*focus group*» a été utilisée auprès de la population adolescente, afin de sélectionner les items les plus pertinents et la formulation la plus adaptée à la population cible. Les questions suivantes ont servi de canevas à l'atteinte de cet objectif :

- *Est-ce que les échelles sont pertinentes et représentent bien la réalité vécue par les adolescents* ?
- *Est-ce que le champ est bien couvert* ?
- *Est-ce que les items à l'intérieur des échelles sont pertinents* ?
- *Est-ce que le langage utilisé est accessible ?*
- *Est-ce que la formulation est juste* ?

À partir de ces questions, une grille d'entrevue structurée a été élaborée afin de couvrir l'ensemble des domaines et des items. Quatre groupes de discussion ont été réalisés auprès d'adolescents provenant de divers milieux regroupant ainsi un échantillon représentatif de la clientèle cible : deux groupes dans les CRPAT (Centre Dollard-Cormier-programme jeunesse conjointement avec le

Centre Jean- Lapointe, et le Centre Jean-Patrice Chiasson), un groupe en Centre Jeunesse (CJ de Laval) et un dernier en milieu scolaire (Polyvalente St-Jérôme). Au total, 39 adolescents ont été rencontrés (23 filles et 16 garçons) dont l'âge moyen était de 15 ans.

Résultats de la consultation

Le comité aviseur

La version préliminaire de l'outil a été reçue très positivement par le comité aviseur. Dans l'ensemble, les experts étaient satisfaits des échelles et des items choisis et considéraient l'outil comme pertinent et bien adapté à la réalité des adolescents. Cependant, afin d'améliorer la validité de contenu de l'outil, plusieurs modifications ont été proposées.

- Séparer l'échelle «*Alcool/Drogues*» en deux échelles distinctes ;
- Regrouper les échelles «*Scolarisation*», «*Travail*» et «*Loisirs*» en une seule afin d'avoir une vue d'ensemble des occupations de l'adolescent et des problèmes qui peuvent être présents et ainsi faciliter l'évaluation ;
- Regrouper les items redondants et reclasser certains d'entre eux dans une échelle plus pertinente;
- Remplacer les termes qui pourraient être « rébarbatifs » pour l'adolescent ou difficile à comprendre (niveau de langage trop recherché) ;
- Ajouter des items qui tiennent compte davantage de l'avis de l'adolescent (ex. : avis du jeune sur la substance problématique) ;
- Compléter certains choix de réponse qui ne couvrent pas l'ensemble des possibilités ;
- Définir et clarifier certains items (ex.: période de consommation régulière), ainsi que les consignes d'administration ;
- Ajouter des items afin d'approfondir certains aspects de la consommation ou des problèmes associés (ex. : dette, décrochage scolaire, consommation des pairs, soutien de l'entourage, etc.).

Les adolescents

Les commentaires des adolescents rencontrés lors des groupes de discussion ont été très encourageants. Pour eux, cette première version était bien adaptée à leur réalité et permettait d'obtenir une évaluation assez complète de la situation. Spontanément pendant les rencontres, ils ont fait référence aux différents domaines présentés dans l'IGT, confirmant ainsi que les échelles

identifiées étaient de bons points de repère pour déterminer l'ampleur des problèmes associés à la consommation de substances psychoactives. Les échanges ont permis de corroborer la pertinence des items choisis dans l'IGT et de faire ressortir les éléments les plus importants à ajouter. En général, les adolescents ont bien compris les items et les termes utilisés. Cependant, ils ont demandé des clarifications, le sens de certains items étant parfois ambigu ou le niveau de langage trop recherché.

L'analyse de leurs propos suggérait donc d'apporter les modifications suivantes :

- Compléter certains choix de réponse en y ajoutant des items proposés par les adolescents (ex. : motifs pour consommer) ;
- Remplacer les items et les termes ambigus ou difficiles à comprendre;
- Ajouter quelques questions pour mieux couvrir certains domaines (ex. : idées paranoïdes dans l'échelle psychologique).

À la lumière de ces rencontres, on a constaté que certaines échelles seraient plus problématiques selon le lieu d'appartenance de l'adolescent (CRPAT, Centre Jeunesse, École). C'est le cas notamment de l'échelle scolaire, plus difficile à administrer à des jeunes en Centre jeunesse qui suivent un cheminement particulier. À cet effet, des consignes supplémentaires ont été ajoutées afin d'adapter la passation à leur réalité. Les adolescents ont également émis quelques réserves, à l'égard de la confidentialité des réponses, dont on a tenu compte lors de l'élaboration des consignes de présentation dans le manuel d'utilisation.

En conclusion, la collaboration des adolescents a été excellente. Ils ont beaucoup apprécié cette consultation et surtout le fait que leur avis ait été pris en considération dans l'élaboration d'un outil qui les concerne directement.

Préparation de la version 1

À la suite des consultations, une version 1 de l'outil a été rédigée comprenant les échelles et les items présentant la meilleure validité de contenu (*face validity*). À cet effet, les chercheurs ont tenu compte de l'ensemble des suggestions faites par le comité aviseur et par les adolescents. Parmi les principales modifications, on a regroupé les échelles *«Scolarisation», «Travail» et «*Loisirs» en une

seule, dorénavant intitulé «*Occupation*» et on a scindé l'échelle *Alcool/Drogues* en deux échelles distinctes. L'ordre de présentation a également été revu afin de balancer les échelles plus intrusives avec celles qui l'étaient moins. Pour la version 1, on obtient donc 8 échelles dans l'ordre suivant : «*Alcool*», «*Drogues*», «*Santé physique*», «*Occupation*», «*État psychologique*», «*Relations familiales*», «*Relations Interpersonnelles*», «*Systèmes social et judiciaire*».

Des items ont aussi été ajoutés ou reclassés afin d'obtenir une évaluation plus judicieuse de la consommation et des problèmes associés. Les items problématiques (compréhension difficile ou confuse) ont également été remplacés et en tenant compte davantage de l'opinion des adolescents pour rendre l'outil plus accessible. La définition de certains items a également été clarifiée.

Un manuel d'utilisation incluant les consignes d'administration et une définition de chacun des items a été préparée à l'intention des intervenants, afin d'assurer une bonne compréhension de l'outil et de viser une administration équivalente dans tous les centres collaborateurs. L'ensemble du matériel (outil et matériel) a été présenté à une session de formation offerte aux partenaires en juin 97.

2.4 Phase 2 : Expérimentation de la version 1 de l'IGT-adolescents

Objectifs

Les objectifs de cette étape étaient 1) d'identifier des sous-ensembles d'items pour la composition des scores composés (voir définition à la section résultats) ; 2) d'étudier la consistance interne de chacune des échelles 3) ; d'évaluer la pertinence de l'outil auprès de la clientèle cible. Les données recueillies lors de cette expérimentation devaient permettre de soumettre le questionnaire aux épreuves de fidélité.

Sujets et procédure

Pour cette première expérimentation, l'échantillon visé était les adolescents de 14 à 17 ans provenant des CRPAT et des CJ. Pour les fins d'analyse, l'échantillon devait être stratifié en fonction des sous-groupes d'âge déjà identifiés (14-15 ans et 16-17 ans) et du sexe (compte tenu d'une plus grande fréquentation des centres par les garçons). Pour assurer la puissance statistique suffisante aux analyses et la représentativité des sous-groupes, un total de 150 sujets a été jugé nécessaire, soit un minimum de 20 sujets par cellule (âge par sexe).

L'expérimentation a été réalisée d'août à septembre 97, dans six CRPAT et deux centres jeunesse (voir annexe 1). Le questionnaire a été administré par les intervenants eux-mêmes, préalablement formés à cet effet. Les sujets rencontrés étaient des adolescents qui entreprenaient une démarche de réadaptation (CRPAT) ou qui étaient référés en Centre Jeunesse. Dans la majorité des cas, la passation a eu lieu dans les jours suivants la demande d'entrée en traitement afin de ne pas biaiser l'évaluation par l'effet du traitement. Comme les sujets avaient tous 14 ans et plus, il n'était pas nécessaire de recourir au consentement des parents. Néanmoins, toutes les mesures nécessaires ont été mises en place pour assurer la confidentialité des réponses des participants. Au total, 165 IGT ont été administrés à des adolescents, dont 125 en CRPAT et 40 en CJ. L'échantillon est composé majoritairement de garçons (69%) et l'âge moyen est de 15.7 ans. On retrouve au tableau 2, la répartition des sujets par groupe d'âge et par sexe.

TABLEAU 2
RÉPARTITION DES SUJETS EN FONCTION DE L'ÂGE[a] ET DU SEXE
(n= 165)

	Garçons	Filles	Total
14-15 ans	47	20	67
16-17 ans	66	32	98
Total	113 (68%)	52 (32%)	165

[a] À noter qu'il y a dans l'échantillon 4 sujets de 13 ans (inclus dans les 14-15 ans) et 3 sujets de 18 ans (inclus dans les 16-17 ans).

Cet échantillon est comparable aux populations d'adolescents que l'on retrouve dans les CRPAT (Vermette,1997), dont l'âge moyen se situe entre 15 et 16 ans. Les proportions garçons-filles sont également similaires : les CRPAT ont une clientèle masculine variant entre 60% et 70%. On peut donc considérer que l'échantillon est représentatif de la clientèle cible.

Résultats

Constitution du score composé

Les scores composés constituent des indices quantitatifs, élaborés à partir d'une pondération systématique des réponses les plus représentatives des concepts évalués par chacune des échelles (Bergeron et al, 1998). On obtient ainsi des indices permettant d'évaluer de façon quantitative l'importance des problèmes liés à chacun des domaines. Les scores composés permettent donc des comparaisons chiffrées d'un sujet par rapport à lui-même à divers moments de son évolution ou entre différents échantillons de sujets. D'une passation à l'autre, ils permettent aussi de mesurer l'ampleur des changements éventuels en fonction de certains paramètres (v.g. période de traitement, phases d'un programme de réadaptation, types d'approches, etc.).

Le choix des items pour la création des scores composés s'est basé sur les travaux de Bergeron et al. (1998 et 1992) effectué avec l'ASI/IGT. Leur capacité à rendre compte des changements survenus dans la période des 30 derniers jours qui précède l'entrevue et à donner une estimation générale de la gravité des problèmes présentés dans chacun des domaines devait caractériser les items retenus. Plus spécifiquement, l'équipe de recherche s'est basée sur les critères suivants pour le choix des items :

- pertinence clinique ;
- fenêtre des 30 derniers jours ;
- utilisation dans le calcul du score composé pour l'ASI et l'IGT-adultes.

On retrouve à l'annexe 2 les items qui ont été retenus par l'équipe de recherche.

Les scores composés sont calculés au moyen d'algorithmes qui visent à assurer une pondération égale des items. Les scores ainsi obtenus varient entre 0 à 1, un score élevé démontrant un plus grand nombre de problèmes dans ce domaine. Les méthodes appliquées pour le calcul des scores

sont semblables à celles utilisées pour l'ASI (McGahan et al. 1986) et pour l'IGT-adultes (Bergeron et al. 1998 ; McLellan et al. 1980).

Analyses de consistance interne

Les analyses de consistance interne ont pour objectif de s'assurer que l'instrument dans son ensemble, ou dans chacune de ses parties (comme c'est le cas des échelles de l'IGT), soit composé d'items homogènes c'est-à-dire qu'ils contribuent à la mesure d'une même réalité. L'outil statistique recommandé pour mesurer le degré de consistance interne d'un instrument est *l'alpha de Cronbach* qui consiste en une estimation globale de l'homogénéité des items (Caron, 1999).

On retrouve au tableau 3, les coefficients alpha obtenus pour chacune des échelles avec les items utilisés dans le calcul du score composé. La littérature démontre qu'il est approprié d'utiliser seulement les scores composés afin de calculer la consistance interne de chacune des échelles compte tenu qu'ils regroupent les items les plus représentatifs des concepts sous-jacents (Friedman et Utada, 1989 ; Bergeron et al. 1992).

TABLEAU 3

COEFFICIENT D'HOMOGÉNÉITÉ INTERNE (ALPHA DE CRONBACH) (n=165)

ÉCHELLES	ALPHA
Alcool	.8167
Drogues	.6921
Santé physique	.8270
Occupation	.8181
État Psychologique	.8259
Relations interpersonnelles	.5937
Relations familiales	.7424
Systèmes social et judiciaire	.6493

Les résultats obtenus varient entre .59 (*Relations interpersonnelles*) et .82 (*Santé physique* et *État psychologique*), ce qui est comparable à ceux obtenus avec l'ASI et l'IGT pour adultes. Friedman et Utada (1989) obtiennent également des résultats similaires avec l'ADAD : pour chacune des échelles (items du score composé), l'alpha varie entre .66 et .85

Dans l'ensemble, on pouvait donc considérer les résultats comme acceptables pour une première version. Cependant, un alpha supérieur à .70 étant considéré satisfaisant, la consistance interne de trois échelles se devaient d'être améliorée : «*Drogues*», «*Relations Interpersonnelles*» et «*Systèmes social et judiciaire*». Pour l'échelle *Drogues*, il faut noter que si l'on utilisait uniquement les drogues les plus consommées par les adolescents (cannabis, cocaïne, amphétamines et hallucinogènes), l'alpha s'établit à .7633. Cependant, sur le plan clinique il serait pertinent de considérer les autres drogues dans l'évaluation des répondants. Pour ce qui est de l'échelle «*Relations interpersonnelles*», on remarque que pour l'IGT adulte, le coefficient alpha de l'échelle *Relations familiales et sociales* (qui aborde les relations interpersonnelles), obtient également un coefficient plus faible (.63).

Pertinence de l'outil

Afin d'évaluer la réaction de la clientèle à l'outil (pertinence, compréhension des items, processus de passation) et faire suite aux résultats obtenus lors des *focus group*, un sondage d'opinion, confidentiel et anonyme, a été distribué aux adolescents. Ce questionnaire était remis par l'interviewer à la fin de l'entrevue d'évaluation IGT. L'adolescent devait compléter le sondage et le remettre dans une enveloppe cachetée. Les sondages ont été par la suite envoyés à l'équipe de recherche en même temps que les IGT complétés.

Au total, 154 adolescents ont répondu au sondage (93% de taux de réponse), dont 104 garçons et 50 filles, dont voici brièvement les résultats :

TABLEAU 4
RÉSULTATS AU SONDAGE D'OPINION

QUESTIONS	NOMBRE DE RÉPONDANTS	
Comment as-tu trouvé l'entrevue ?		
Trop longue	38	(24.7%)
Correcte	111	(72.1%)
Trop courte	2	(1.3%)
Ne sais pas	3	(1.9%)
Comment as-tu trouvé les questions ?		
Trop personnelles	4	(2.6%)
Correctes	145	(94.2%)
Pas assez personnelles	2	(1.3%)
Ne sais pas	3	(1.9%)
Comment as-tu trouvé le contact avec l'intervenant ?		
Satisfaisant ou très satisfaisant	119	(77.3%)
Correct	33	(21.4%)
Peu ou pas satisfaisant	0	(0%)
Ne sais pas	2	(1.3%)

On remarque que la majorité des adolescents ont trouvé l'entrevue et les questions correctes (respectivement 72% et 94%) et qu'ils ont été satisfaits du contact avec l'intervenant qui les a rencontrés pour l'évaluation (77%).

Plusieurs adolescents ont également émis des commentaires lors du sondage, indiquant dans l’ensemble une grande satisfaction : ils ont trouvé le questionnaire intéressant, complet, portant à réflexion et permettant de bien faire le tour de la situation. Par ailleurs, quelques-uns uns d'entre eux ont exprimé quelques critiques à l'égard de la longueur du questionnaire et de la complexité de certains termes utilisés.

Commentaires du comité aviseur

Le comité aviseur a de nouveau été rencontré afin de recueillir ses commentaires sur la première étape d'expérimentation. Dans l'ensemble, les intervenants du comité (ainsi que leurs collègues), ont apprécié l'outil, particulièrement son approche multidimensionnelle qui permet d'établir un portrait assez complet de la consommation de l'adolescent et des problèmes associés. Ils ont également mentionné que l'utilisation de l'outil facilitait le processus de référence et le développement d'un langage commun entre les intervenants. Cependant, ils ont trouvé que le temps nécessaire à la passation était un peu trop long compte tenu de l'ensemble des cotes à inscrire et de la synthèse clinique à rédiger à la suite de l'entrevue. Il est important de mentionner que pour un bon nombre d'intervenants, l'utilisation de ce type d'instrument était relativement nouvelle. Avec l'expérience, les utilisateurs plus habitués ont affirmé que le temps nécessaire à la passation diminuerait considérablement et passerait de 2 heures à 1h15, en moyenne.

Préparation de la version 2

L'élaboration de la version 2 de l'outil a tenu compte 1) des commentaires émis par le comité aviseur et les adolescents lors du sondage et 2) des résultats issus des analyses de consistance interne.

Les propos recueillies ont amené les chercheurs à apporter les modifications suivantes :

- retrait des items moins pertinents ou discriminants pour l'évaluation ;
- ajout d'items pour approfondir l'évaluation (utilisation de seringues, délinquance cachée, qualité des relations interpersonnelles et isolement) ;
- changement dans l'ordre de présentation de certains items ;
- redéfinition des critères de codification pour des items spécifiques (ex. : critère de consommation régulière) ;
- reformulation des items dont la compréhension était plus difficile ou ambiguë pour l'adolescent .

Pour ce qui est des analyses de consistance interne, elles ont démontré que la plupart des échelles étaient relativement homogènes et que les items utilisés pour le calcul du score composé étaient pertinents. En fonction de ces résultats, il n'était donc pas nécessaire d'apporter des modifications

supplémentaires. Et malgré les résultats plus faibles de certaines échelles, la phase d'expérimentation suivante confirmerait si ces échelles devraient ou non être modifiées.

2.5 Phase 3 : Expérimentation de la version 2 de l'IGT-Adolescents

Objectifs

L'objectif général de cette étape était de procéder à l'étude de la fidélité et de la validité de l'instrument et de déterminer si les informations recueillies par l'IGT-adolescents étaient fiables et utilisables à des fins de recherche. Plus spécifiquement, cette étape visait les objectifs suivants :

- étudier la fidélité test-retest ;
- revérifier la consistance interne ;
- étudier la validité conceptuelle et discriminante de l'outil.

Procédure

Pour répondre aux objectifs de cette étape, un nouvel échantillon se devait d'être constitué. Cette fois, la stratification devait tenir compte non seulement de l'âge et du sexe mais aussi de la gravité des problèmes biopsychosociaux associés à la consommation. Ainsi, un premier groupe de sujets proviendrait des CRPAT et des Centres Jeunesse et un second du milieu scolaire (classes régulières), représentant ainsi la population «normale» des adolescents. Cette procédure était importante afin de pouvoir comparer les données d'un groupe de jeunes éprouvant des problèmes d'adaptation à un groupe de la population générale. De cette façon, il était possible d'étudier la puissance discriminante de l'instrument, de chacune de ses échelles et, plus spécifiquement des scores composés. Pour assurer une puissance statistique suffisante, 288 adolescents devaient être rencontrés, dont 168 en CRPAT et en Centres Jeunesse et 120 en milieu scolaire. Pour l'étude de fidélité test-retest, le questionnaire devait être réadministré à 60 d'entre eux (30 en CRPAT et 30 dans les autres milieux). La représentativité des groupes (âge, sexe, problème d'adaptation versus population normale) devait également être respectée (20 sujets minimum par cellule).

Déroulement et sujets

L'expérimentation a eu lieu de mars à octobre 1998. Les mêmes centres ont collaboré à cette deuxième phase d'expérimentation auxquels se sont jointes trois écoles (voir annexe 1). La passation a été faite par les intervenants et par des agents de recherche qui ont administré les

questionnaires dans les écoles et les Centres Jeunesse (CJ). Les interviewers ont suivi une formation (une mise à jour pour certains d'entre eux) adaptée à la nouvelle version du questionnaire.

Au tableau 5, on retrouve les données descriptives de l'échantillon. Au total, 328 adolescents ont été rencontrés, 298 si on exclut ceux qui ne correspondaient pas au groupe d'âge ciblé (14-17 ans). Dans les CRPAT et les CJ, 191 (64%) questionnaires ont été administrés et 107 (36%) en milieu scolaire. Tel que prévu, on retrouve plus de garçons dans l'échantillon des CRPAT et des CJ, soit 134 (70%) contre 57 filles (30%). Les garçons sont significativement plus représentés dans cet échantillon que dans le milieu scolaire, où l'on retrouve une répartition des deux sexes assez égale (garçons : 53% ; filles :47%).

TABLEAU 5
RENSEIGNEMENTS SUR LE SEXE ET L'ÂGE DE L'ÉCHANTILLON À L'ÉTUDE SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT (n=298)

		CRPAT / CJ [a] N=191 %	(n)	SCOLAIRE N=107 %	(n)	TOTAL N=298 %	(n)	TESTS STATISTIQUES	p
SEXE	filles	29.8	(57)	53.3	(57)	38.3	(114)	x^2 = 15.9	< .001
	garçons	70.2	(134)	46.7	(50)	61.7	(184)		
GROUPE D'ÂGE [b]									
	14-15 ans	44.0	(84)	59.8	(64)	49.7	(148)	x^2 = 6.9	< .01
	16-17 ans	56.0	(107)	40.2	(43)	50.3	(150)		
ÂGE MOYEN		15.6 ans	(191)	15.2 ans	(107)	15.5 ans	(298)	T = 3.0	< .01

[a] CRPAT : n = 140 et les Centres Jeunesse : n = 107.

[b] Exclut les deux groupes d'âge 13 ans et moins (n = 21) et 18 ans (n = 9).

Pour les groupes d'âge, on retrouve 148 jeunes âgés entre 14 et 15 ans et 150 entre 16-17 ans, ce qui démontre une bonne représentativité des sous-groupes d'âge ciblés. Cependant, on note que la proportion des jeunes de 14-15 ans est plus grande dans l'échantillon issu du milieu scolaire. Les proportions sont inversées pour le groupe des 16-17 ans, qui sont davantage représentés dans l'échantillon des CRPAT/CJ. Quant à la moyenne d'âge, elle est de 15.5 pour l'ensemble de l'échantillon, celle des CRPAT/CJ étant significativement plus élevée.

L'étude de fidélité test-retest

L'étude de fidélité test-retest permet de s'assurer que le questionnaire a suffisamment de qualités psychométriques pour faire ressortir les mêmes résultats chez le sujet à quelques jours d'intervalle, compte tenu de certains paramètres pertinents, tels que le temps écoulé entre les deux passations, les variables reliées à l'interviewer, aux lieux et aux circonstances de passation, etc. (Caron, 1999 ; Bergeron et al., 1992). Cette étude implique donc la passation de la mesure à un même groupe à des moments différents.

Déroulement

Parmi les 298 sujets, 55 ont accepté de passer le questionnaire une deuxième fois dans un délai de 3 à 5 jours. Selon Bergeron et al. (1992), l'intervalle qui sépare les deux passations devait être assez court afin de minimiser la variation des items portant sur les 30 derniers jours, et plus particulièrement ceux des scores composés, mais en même temps assez long pour éviter que le sujet ne réponde de mémoire. McLellan (1985) a d'ailleurs utilisé le même intervalle pour la validation de l'IGT-adulte. Trois sujets ont été exclus de l'échantillon étant donné que la 2e passation ne s'est pas faite dans le délai prévu, réduisant ainsi l'échantillon à 52 sujets.

Les tests-restests ont été administrés dans les trois types d'établissement participant au projet, soit 14 en CRPAT, 27 en Centres Jeunesse et 11 en milieu scolaire. La passation a été faite par des intervenants ou des agents de recherche. Dans la majorité des cas, c'est le même interviewer qui administrait les deux questionnaires. Le questionnaire retest était constitué d'une forme abrégée de l'IGT adolescents, incluant principalement les items du score composé.

Résultats

Le tableau 6 présente les résultats issus des test-t (apparié) et des analyses de corrélation (r de Pearson). Les corrélations permettent de déterminer le degré de correspondance entre les deux moments de mesure (variance commune) (Anastasi, 1994), c'est-à-dire jusqu'à quel point le classement des individus, en fonction de la moyenne des scores composés, varie d'une fois à l'autre. Les test-t, complémentaires aux corrélations, permettent de vérifier s'il y a des différences significatives entre ces mêmes moyennes et donc de confirmer la stabilité des scores.

TABLEAU 6

RÉSULTATS ISSUS DES TEST-T ET DES CORRÉLATIONS ENTRE LES SCORES COMPOSÉS (R DE PEARSON) SELON LES DEUX TEMPS DE PASSATION (n=52)

ÉCHELLES	TEST		RETEST		TEST-T (APPARIÉ)		CORRÉLATION
	□	E.T.	□	E.T.	T	P	
Alcool	**.064**	.148	**.067**	.138	-0.21	n.s.	.852 [a]
Drogue	**.091**	.115	**.082**	.101	1.09	n.s.	.860 [a]
Médical	**.135**	.243	**.129**	.217	0.45	n.s.	.916 [a]
Occupation	**.171**	.273	**.135**	.246	1.39	n.s.	.688 [a]
Psychologique	**.206**	.219	**.208**	.218	-0.16	n.s.	.883 [a]
Interpersonnelle	**.178**	.267	**.181**	.268	-0.12	n.s.	.767 [a]
Famille	**.232**	.307	**.236**	.306	-0.28	n.s.	.924 [a]
Social et judiciaire	**.213**	.236	**.269**	.270	-2.50	< .05	.814 [a]

[a] $p < .001$

Les résultats issus des corrélations (tableau 6) varient entre 0.688 et 0.924, selon les échelles. Une corrélation supérieure à 0.7 étant considérée comme satisfaisante (Anastasi, 1994 ; Caron, 1999) l'ensemble des items du score composé semblent donc être fidèles et mesurer les mêmes concepts d'une fois à l'autre.

En ce qui a trait aux résultats issus des test-t (apparié), on remarque que malgré une légère baisse, il n'y a pas de différence significative entre la moyenne des scores composés de la première et de la deuxième passation pour l'ensemble des échelles, à l'exception de l'échelle sociale et judiciaire. En subdivisant l'échantillon en fonction de la provenance des sujets (CRPAT vs CJ vs ÉCOLES), on note que cette différence est significative seulement pour les sujets rencontrés dans les Centres Jeunesse (voir annexe 3), pour qui la moyenne des scores composés a augmenté de la première à la deuxième passation. Cette différence peut s'expliquer surtout par une augmentation du nombre de jours pour lesquels l'adolescent a été perturbé, ainsi

qu'une augmentation de son estimation de la gravité de ses problèmes sociaux et judiciaires. Cependant, comme la corrélation est relativement élevée, on peut croire que l'ordre des individus est resté stable et que les scores sont assez reliés entre eux.

En conclusion, les résultats des corrélations et des test-t démontrent une stabilité dans le temps des scores composés pour l'ensemble des échelles et une bonne fidélité test-retest.

On retrouve au tableau 7, le pourcentage de variation entre les deux moments de mesure pour les items critiques à chacune des échelles. Les items critiques sont des questions préalablement ciblées dans chacune des échelles de l'IGT-Adolescents. L'intervenant utilise ces items pour évaluer la gravité des problèmes de l'adolescent au cours de sa vie. Ces analyses (pourcentage de variation) sont complémentaires à celles des test-retest et des corrélations appliquées au score composé et permettent de déterminer jusqu'à quel point les réponses des sujets varient d'une passation à l'autre.

Pour l'ensemble des échelles, le pourcentage de variation se situe entre 9% et 18%. Il faut mentionner que toute variation, aussi minime soit telle, a été incluse dans les calculs, ce qui constitue un critère assez sévère pour ce type d'analyse, faisant ainsi ressortir des estimés conservateurs du pourcentage d'écart entre les réponses des sujets. Néanmoins, les pourcentages étant tous en deça de 20%, on peut considérer que les items varient peu d'une passation à l'autre. Les études faites avec l'IGT-adultes (Bergeron et al., 1998) font ressortir des résultats semblables, les pourcentages variant entre 10% à 24%.

TABLEAU 7

POURCENTAGE DE VARIATION ENTRE LE TEMPS 1 ET LE TEMPS 2 POUR LES ITEMS CRITIQUES À CHACUNE DES ÉCHELLES

ÉCHELLES	%
Alcool / drogue	13.3
Santé physique	18.3
Occupation	17.5
État psychologique	11.4
Relations interpersonnelles	10.1
Relations familiales	8.9
Systèmes social et judiciaire	9.7

Analyses de consistance interne

Afin de s'assurer de la robustesse des scores composés, de nouvelles analyses de consistance interne ont été effectuées sur la version 2 de l'outil. On retrouve au tableau 8 les résultats de ces analyses en comparaison à ceux obtenus avec la version 1.

TABLEAU 8

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION (ALPHA DE CRONBACH)DE LA 1ÈRE VERSION (N=165) ET DE LA 2IÈME VERSION (N=328) DE L'IGT ADOLESCENTS

ÉCHELLES	COEFFICIENTS ALPHA CRONBACH	
	VERSION 1[a]	VERSION 2[b]
Alcool	.8167	.8284
Drogue	.6921	.6975[c]
Santé physique	.8270	.8490
Occupation	.8181	.8473
Psychologique	.8259	.8511
Relations interpersonnelles	.5937	.7822
Relations familiales	.7424	.8300
Systèmes social et judiciaire	.6493	.7487

[a] Population à l'étude : CRPAT et Centres Jeunesse

[b] Population à l'étude : CRPAT, Centres Jeunesse et Milieu scolaire

[c] En conservant uniquement les drogues les plus consommés, l'alpha s'établit à .7633

Pour la version 2, les coefficients alpha se situent entre .6975 et .8490, ce qui démontre une assez bonne homogénéité des items du score composé, considérant qu'un alpha supérieur à .70 est jugé satisfaisant (Caron, 1999). En comparant les résultats de la version 2 à ceux de la version 1, on note une augmentation des coefficients alpha à chacune des échelles indiquant une amélioration de l'homogénéité des items. Cette amélioration peut s'expliquer de diverses façons : 1) les analyses réalisées avec la version 2 ont été effectuées sur une population plus hétérogène, compte tenu de l'ajout d'une population en milieu scolaire, renforçant ainsi les résultats obtenus ; 2) les intervenants avaient probablement une meilleure compréhension des consignes de passation lors de la deuxième phase d'expérimentation et 3) l'amélioration de la deuxième version du questionnaire à la suite des analyses préliminaires et des commentaires émis par les adolescents et les intervenants lors de la première phase d'expérimentation.

Validité conceptuelle

L'étude de validité conceptuelle permet d'évaluer l'interdépendance de chacune des échelles et de déterminer si chaque échelle mesure des aspects distincts les uns des autres. Compte tenu de la nature de l'information demandée, on peut néanmoins s'attendre à ce que certaines échelles soient davantage reliées entre elles, tel que constaté par Bergeron et coll. (1992) et McLellan et coll. (1985).

Au tableau 9, on retrouve une matrice d'intercorrélations entre chacune des échelles de l'IGT-adolescents. Les corrélations obtenues varient entre .0229 et .5216. Les échelles ayant des corrélations inférieures à 0.3 peuvent être considérées relativement indépendantes. Cependant, on note que certaines échelles sont davantage reliées entre elles (corrélation supérieure à .40). C'est le cas notamment de l'échelle «Psychologique», qui est corrélée significativement avec le plus grand nombre d'échelles, soient «Drogue» (.4635), «Occupation» (.4930), « Relations Interpersonnelles » (.5216) et « Relations familiales » (.4313) et ces corrélations sont les plus élevées. L'échelle «Occupation» est en lien avec l'échelle «Drogue» (.4443) et «Relations Interpersonnelles» (.4000). On constate que l'échelle « Systèmes social et légal » est celle qui corrèle le moins avec les autres, les résultats variant de .0245 à .2567.

TABLEAU 9

COEFFICIENT DE CORRÉLATION (R) DE PEARSON POUR LES SCORES COMPOSÉS (n=328)

ÉCHELLES	Alcool	Drogue	Médical	Occupation	Psychologique	Interpersonnelle	Famille
Alcool							
Drogue	.3398						
Médical [b]	.2116	.2173					
Occupation [b]	.1919	.4443	.2414				
Psychologique [c]	.3128	.4635	.3609	.4930			
Interpersonnelle	.1887	.2454	.3022	.4000	.5216		
Famille [c]	.2018	.2956	.1995	.3133	.4313	.2073	
Social et judiciaire [d]	.1050[a]	.2567	.0245[a]	.0702[a]	.1427	.0229[a]	.1612

[a] non significatif
[b] (n=326) / les questionnaires non retenus pour l'analyse répondent au critère de 10% de non-réponse
[c] (n=327) / le questionnaire non retenu pour l'analyse répond au critère de 10% de non-réponse
[d] (n=324) / les questionnaires non retenus pour l'analyse répondent au critère de 10% de non-réponse

Validité discriminante

La validité discriminante permet de déterminer si l'outil utilisé discrimine entre les différentes populations à l'étude, sur une ou plusieurs variables données. Dans le cas de l'IGT-adolescents, il est essentiel que l'outil puisse discriminer les adolescents ayant des difficultés d'adaptation (incluant les problèmes de consommation), que l'on retrouve en CRPAT et en Centres Jeunesse, de ceux provenant de la population « normale » issus des milieux scolaires. Pour les fins d'analyse, le groupe scolaire est donc utilisé comme un groupe contrôle. Les résultats présentés dans les tableaux suivants permettent d'évaluer la puissance discriminante de l'outil.

(1) Consommation d'alcool et de drogues

La proportion des consommateurs réguliers selon le type d'établissement (CRPAT/CJ et milieu scolaire) est présenté au tableau 10. On remarque que la proportion de consommateurs réguliers est nettement plus élevée chez les adolescents provenant des CRPAT/CJ. Cette différence est significative pour les principaux produits consommés, c'est-à-dire le cannabis, l'alcool, les hallucinogènes, la cocaïne et les amphétamines. En ce qui concerne les autres produits (solvants, sédatifs, héroïne et barbituriques), le trop petit nombre de consommateurs réguliers (variant de 0 à 11) ne permet pas de faire ressortir de résultats significatifs.

TABLEAU 10

PROPORTION DE CONSOMMATEURS RÉGULIERS SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	CRPAT /CJ		**SCOLAIRE**		**TOTAL**		**TEST STATISTIQUE**	
	%	**(n)**	**%**	**(n)**	**%**	**(n)**	x^2	**p**
Cannabis	**91.1**	174	**40.2**	43	**72.8**	217	89.8	< .001
Alcool	**59.7**	114	**30.8**	33	**49.3**	147	22.8	<.001
Hallucinogènes	**40.3**	77	**10.3**	11	**29.5**	88	29.7	< .001
Cocaïne	**18.4**	35	**7.5**	8	**14.5**	43	6.6	=.01
Amphétamines	**11.0**	21	**0.9**	1	**7.4**	22	10.0	< .01
Solvants	**5.8**	11	**0.9**	1	**4.0**	12	Fisher [a]	n.s
Sédatifs	**2.6**	5	**0.9**	1	**2.0**	6	Fisher [a]	n.s
Héroïne	**2.6**	5	**0**	0	**1.7**	5	Fisher [a]	n.s.
Barbituriques	**0.5**	1	**0.9**	1	**0.7**	2	Fisher [a]	n.s

[a] Le test chi-carré (x^2) n'est pas valide car le nombre de sujets par catégorie s'avèrent très faible. La méthode exacte de Fisher permet de comparer deux échantillons dont les éléments sont classés en deux catégories (tableau 2 X 2).

Le tableau 11 présente les substances considérées problématiques, selon l'avis de l'adolescent et de l'intervenant. Les uns et les autres estiment la gravité des problèmes plus importante en CRPAT/CJ. Par ailleurs, pour les CRPAT et les CJ, on constate que l'avis des adolescents diffère de celui des intervenants dans plusieurs catégories; notamment un plus grand nombre d'adolescents que d'intervenants considère ne pas avoir de problèmes. À l'inverse, les intervenants sont plus nombreux à cibler l'alcool et les drogues ainsi que plusieurs drogues (polydrogues) comme étant les substances problématiques pour l'adolescent. Il y a davantage de cohérence en ce qui concerne le cannabis qui est jugé comme la substance problématique autant chez les adolescents que chez les intervenants.

TABLEAU 11

SUBSTANCES PROBLÉMATIQUES SELON L'AVIS DES ADOLESCENTS ET DES INTERVENANTS, IGT ADO 2IÈME VERSION (n=328)

	ADOLESCENTS %			INTERVENANTS %		
	CRPAT / CJ	SCOLAIRE	TOTAL	CRPAT / CJ	SCOLAIRE	TOTAL
Cannabis	37.1	8.2	26.2	36.0	11.5	26.2
Alcool + drogues	9.3	0.8*	6.1	26.0	6.6*	18.3
Polydrogue	10.7	2.5*	7.6	20.0	1.6*	12.8
Alcool	6.3	2.5*	4.9	3.5*	5.7*	4.3
Cocaïne	2.0*	1.6*	1.8*	0.5*	0.8*	0.6*
Hallucinogènes	9.3	0.8*	6.1	1.0*	0	0.6*
Héroïne	0	0	0	0.5*	0	0.3*
Solvants	0.5*	0	0.3*	0	0	0
Pas de problème	24.9	83.6	46.6	12.5	73.8	35.1
Non-réponse	0.5*	0	0.3*	2.9*	0	1.8*

* n < 10

(2) Problèmes associés

Le tableau 12 présente les problèmes psychologiques vécus au cours de la vie, tels que rapportés par les adolescents. Les adolescents des CRPAT et des Centres Jeunesse semblent plus nombreux à avoir vécu des problèmes d'ordre psychologique que ceux du milieu scolaire, notamment : violation des règles, pertes de contrôle de soi, anxiété et tension grave, difficultés à comprendre, à se concentrer ou à se souvenir, agitation et hyperactivité et hallucinations. Il semble également qu'un plus grand nombre d'entre eux aient eu des idées suicidaires et aient fait des tentatives de suicide dans leur vie. L'outil fait donc ressortir des différences significatives entre les deux groupes sur un bon nombre de problèmes psychologiques vécus au cours de la vie.

TABLEAU 12

PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES SUR UNE PÉRIODE PROLONGÉE AU COURS DE LA VIE SELON LES ADOLESCENTS ET LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	CRPAT /CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
	%	**(n)**	**%**	**(n)**	**%**	**(n)**	**x^2**	**p**
• intentionnellement violé des règles	**72.8**	(139)	**48.1**	(51)	**64.0**	(190)	18.0	< .001
• pertes de contrôle de soi	**70.7**	(135)	**43.4**	(46)	**60.9**	(181)	21.3	< .001
• perte de l'intérêt, fatigue, peu d'énergie	**60.3**	(114)	**55.7**	(59)	**58.6**	(173)	0.6	n.s.
• anxiété, tension grave	**49.2**	(94)	**33.0**	(35)	**43.4**	(129)	7.3	< 01
• pensées d'échec, confiance diminuée ou extrêmement timide	**53.4**	(102)	**46.2**	(49)	**50.8**	(151)	1.4	n.s.
• difficultés à comprendre, à se concentrer, où se souvenir	**48.2**	(92)	**31.1**	(33)	**42.1**	(125)	8.1	< .01
• pensées suicidaires	**47.6**	(91)	**27.4**	(29)	**40.4**	(120)	11.6	< .001
• agité, hyperactif	**42.9**	(82)	**29.2**	(31)	**38.0**	(113)	5.4	< .05
• méfiant envers les autres	**36.1**	(69)	**28.3**	(30)	**33.3**	(99)	1.9	n.s.
• tentative de suicide	**30.9**	(59)	**15.1**	(16)	**25.3**	(75)	9.0	< .01
• constamment et exagérément préoccupé par la nourriture, le poids et la grandeur	**24.6**	(47)	**22.6**	(24)	**23.9**	(71)	0.1	n.s
• automutilation	**26.2**	(50)	**17.9**	(19)	**23.2**	(69)	2.6	n.s.
• hallucinations	**18.8**	(36)	**5.7**	(6)	**14.1**	(42)	9.8	< .01
TYPES D'ABUS								
• émotionnel	**63.4**	(121)	**57.5**	(61)	**61.3**	(182)	1.0	n.s.
• physique	**47.6**	(91)	**27.4**	(29)	**40.4**	(120)	11.6	< .001
• sexuel	**23.2**	(44)	**25.5**	(27)	**24.0**	(71)	0.2	n.s.

Quant aux types d'abus, on retrouve des différences seulement au niveau des abus physiques. On retrouve davantage d'adolescents qui ont été victimes d'abus physiques dans les CRPAT et les CJ que dans le milieu scolaire. Cependant, des analyses complémentaires ont fait ressortir des différences significatives au niveau des abus sexuels en fonction du sexe des adolescents. En effet, les données démontrent que les filles sont plus nombreuses à avoir été victimes d'abus sexuels que les garçons (48% vs 9%), autant dans les milieux de réadaptation (57% vs 9%) que dans le milieu scolaire (39% vs 10%). De plus, on retrouve davantage de filles qui ont été abusées sexuellement dans la clientèle des CRPAT et les Centres Jeunesse (57%) que dans celle

des écoles (39%). Il n'y a aucune différence significative entre les garçons et les filles en ce qui concerne les abus émotionnels, ni entre les types d'établissements.

La prise de médicaments semble également être différente chez les deux groupes (tableau 13). En effet, plus d'adolescents provenant des CRPAT et des CJ ont mentionné avoir pris dans leur vie des médicaments pour des problèmes psychologiques ou émotionnels que dans le milieu scolaire. Il n'y pas de différence en ce qui concerne les 30 derniers jours, cependant, le petit nombre de sujets ne permet pas de généraliser les résultats.

TABLEAU 13
PRISE DE MÉDICAMENTS POUR DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES OU ÉMOTIONNELS SELON LES ADOLESCENTS ET LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

		CRPAT /CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
		%	**(n)**	**%**	**(n)**	**%**	**(n)**	**x^2**	**p**
PRISE DE MÉDICAMENTS	*à vie*	**8.9**	(17)	**0.9**	(1)	**6.1**	(18)	7.6	< .01
	30 derniers jours	**4.2**	(8)	**0.9**	(1)	**3.0**	(9)	Fisher [a]	n.s.

[a] Le test chi-carré (x^2) n'est pas valide car les effectifs des échantillons s'avèrent très faibles. La méthode exacte de Fisher permet de comparer deux échantillons dont les éléments sont classés en deux catégories (tableau 2 X 2).

L'échelle *« Relations interpersonnelles »* semble moins discriminante que les échelles précédentes. En effet, on ne retrouve aucune différence entre les deux groupes pour ce qui du nombre d'adolescents ayant un «chum» ou une «blonde», un «chum» ou une «blonde» consommateur et ceux ayant de la difficulté à se faire ou à garder des amis (tableau 14). Néanmoins, la variable qui distingue davantage les deux groupes est la proportion d'adolescents ayant des amis consommateurs de substances psychotropes. On retrouve beaucoup plus d'adolescents dans les CRPAT et les CJ qui ont des amis consommateurs que dans le milieu scolaire. Ces données permettent de faire ressortir un réseau social distinct pour les jeunes ayant des difficultés d'adaptation.

TABLEAU 14

RELATIONS INTERPERSONNELLES DES ADOLESCENTS SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT IGT ADO 2[IÈME] VERSION, 1998 (n=298)

	CRPAT / CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	x^2	P
CHUM /BLONDE	**42.9**	(82)	**43.0**	(46)	**43.0**	(128)	0.0	n.s.
CHUM /BLONDE CONSOMMATEURS	**54.9**	(45)	**71.7**	(33)	**60.9**	(78)	3.5	n.s.
AMIS CONSOMMATEURS	**80.0**	(152)	**49.5**	(53)	**69.0**	(205)	29.7	< .001
DIFFICULTÉ À SE FAIRE DES AMIS OU À LES GARDER	**18.3**	(35)	**13.1**	(14)	**16.4**	(49)	1.4	n.s.
SOLITUDE OU ISOLEMENT								
jamais	**48.2**	(92)	**48.6**	(52)	**48.3**	(144)		
occasion	**37.2**	(71)	**45.8**	(49)	**40.3**	(120)	7.4	N/A [a]
souvent	**11.0**	(21)	**5.6**	(6)	**9.1**	(27)		
toujours	**3.7**	(7)	**0**	(0)	**2.3**	(7)		

[a] Le test chi-carré (x^2) n'est pas valide car les fréquences théoriques s'avèrent inférieures à 5 ($f_{th} < 5$).

Quant à l'échelle «*Relations familiales* », elle discrimine les deux groupes sur plusieurs aspects (tableau 15). Premièrement, la situation matrimoniale des parents distingue les adolescents en CRPAT/CJ de ceux du milieu scolaire. Ces derniers sont plus nombreux à avoir des parents qui vivent ensemble (conjointement) ; les adolescents des CRPAT/CJ ont majoritairement des parents qui vivent des situations très variées (avec un autre conjoint, seuls, décédés, situation indéterminée ou inconnue).

TABLEAU 15

SITUATION ACTUELLE DES PARENTS D'APRÈS LES ADOLESCENTS SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, IGT ADO 2[IÈME] VERSION (1998) (n=298)

		CRPAT /CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
		%	(n)	%	(n)	%	(n)	x^2	p
PÈRE	*ensemble*	**32.4**	(61)	**61.7**	(66)	**43.1**	(127)	23.8	< .001
	autres [a]	**67.6**	(127)	**38.3**	(41)	**56.9**	(168)		
MÈRE	*ensemble*	**32.3**	(61)	**61.7**	(66)	**42.9**	(127)	24.1	< .001
	autres [a]	**67.7**	(128)	**38.3**	(41)	**57.1**	(169)		

[a] vit avec un(e) autre conjoint(e), vit seul(e), décédé(e), indéterminé(e) ou inconnu(e)

Deuxièmement, les adolescents rencontrés en CRPAT/CJ mentionnent davantage de difficultés familiales que ceux du milieu scolaire (tableau 16), notamment : problème de communication, de règles de vie à la maison, sentiment de rejet, consommation dans la famille et problèmes monétaires et judiciaires vécus par un des membres du réseau familial.

TABLEAU 16

DIFFICULTÉS FAMILIALES ACTUELLES SELON L'ADOLESCENT PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT IGT ADO 2[IÈME] VERSION (1998) (n=298)

	CRPAT / CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	X^2	P
Incluant le répondant								
Conflits	**64.6**	(122)	**54.2**	(58)	**60.8**	(180)	3.1	n.s.
Communication	**63.2**	(120)	**47.7**	(51)	**57.6**	(171)	6.7	< .01
Règles de vie à la maison	**44.7**	(85)	**30.2**	(32)	**39.5**	(117)	6.0	< .01
Rejet	**26.8**	(51)	**15.0**	(16)	**22.6**	(67)	5.5	< .05
Négligence	**14.2**	(27)	**14.0**	(15)	**14.1**	(42)	0	n.s.
Autres	**4.7**	(9)	**1.9**	(2)	**3.7**	(11)	Fisher [a]	n.s
Excluant le répondant								
Consommation	**50.5**	(96)	**30.8**	(33)	**43.4**	(129)	10.8	< .001
Santé physique	**28.9**	(55)	**33.0**	(35)	**30.4**	(90)	0.5	n.s
Monétaires	**31.1**	(59)	**17.9**	(19)	**26.4**	(78)	6.0	< .01
Problèmes judiciaires	**24.7**	(47)	**15.0**	(16)	**21.2**	(63)	3.9	< .05
Violence	**21.6**	(41)	**14.0**	(15)	**18.9**	(56)	2.6	n.s.
Santé mentale	**19.0**	(36)	**14.0**	(15)	**17.2**	(51)	1.2	n.s
Inceste	**4.7**	(9)	**2.8**	(3)	**4.0**	(12)	Fisher [a]	n.s.
Autres	**0.5**	(1)	**2.8**	(3)	**1.3**	(4)	Fisher [a]	n.s.

[a] Le test chi-carré (x^2) n'est pas valide car les effectifs des échantillons s'avèrent très faibles. La méthode exacte de Fisher permet de comparer deux échantillons dont les éléments sont classés en deux catégories (tableau 2 X 2).

De plus, on retrouve une plus grande proportion de fugueurs chez les adolescents en CRPAT/CJ que dans les écoles (tableau 17). Cependant, parmi les adolescents ayant révélé avoir fugué plus de 24 heures, il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant aux nombres de fugues.

TABLEAU 17
RÉPARTITION DES ADOLESCENTS QUI ONT RÉVÉLÉ AVOIR FUGUÉ PLUS DE 24 HEURES DE LEUR LIEU DE RÉSIDENCE[a] ACTUEL, IGT ADO 2IÈME VERSION 1998 (n=298)

	CRPAT / CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
	%	**(n)**	**%**	**(n)**	**%**	**(n)**		**P**
Proportion de fugueurs	**48.7**	(93)	**20.6**	(22)	**38.6**	(115)	x^2 =22.9	< .001
Nombre moyen de fugues	**4.9** fugues		**3.3** fugues		**4.7** fugues		T= 0.8	n.s.

[a] foyer familial, centre d'accueil, famille d'accueil, foyer groupe ou un établissement qui exerce un contrôle sur l'adolescent

Les deux échantillons se distinguent également à l'échelle judiciaire (tableau 18). En effet, la proportion d'adolescents ayant commis un geste délinquant, passible d'être traduit en justice, est plus élevée dans les CRPAT/CJ que dans le milieu scolaire. L'âge moyen du premier geste délinquant est semblable pour l'ensemble des adolescents, par contre, l'âge moyen du dernier geste délinquant est supérieur dans l'échantillon rencontré dans les CRPAT/CJ. L'étalement de la délinquance est donc plus grand chez les adolescents ayant des difficultés d'adaptation.

TABLEAU 18
RÉPARTITION DES ADOLESCENTS QUI ONT COMMIS UN ACTE DÉLINQUANT[a] EN VERTU DU CODE CRIMINEL AINSI QUE L'ÂGE DU PREMIER ET DU DERNIER GESTE DÉLINQUANT, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	CRPAT / CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
	%	**(n)**	**%**	**(n)**	**%**	**(n)**		**P**
Proportion de geste délinquant	**90.6**	(173)	**42.1**	(45)	**73.2**	(218)	x^2 =82.2	< .001
Âge moyen du 1er délit	**12.4** ans	(163)	**12.3** ans	(43)	**12.4** ans	(206)	T =0.1	n.s.
Âge moyen du dernier délit	**15.3** ans	(163)	**14.6** ans	(43)	**15.1** ans	(206)	T =3.6	< .001

[a] acte passible d'être traduit en justice

Gravité des problèmes selon le type d'établissement

La puissance discriminante de l'outil a également été mesurée à l'aide des scores composés et des profils de gravité de l'adolescent. Les profils de gravité constituent une évaluation de la gravité des problèmes dans chacun des domaines faite par l'adolescent, sur une échelle allant de 0 à 4 : 0) pas du tout, 1) un peu, 2) modérément, 3) considérablement, 4) extrêmement.

Les résultats obtenus à l'aide du score composé (tableau 19) ont fait ressortir des différences significatives entre les deux groupes sur l'ensemble des échelles, à l'exception de l'échelle « *Santé physique* » et «*Relations interpersonnelles* ». L'analyse des profils de gravité (tableau 20) va dans le même sens : l'évaluation de la gravité des problèmes est plus élevée chez les adolescents des CRPAT/CJ sur cinq des huit échelles : alcool, drogue, occupation, état psychologique et systèmes social et judiciaire. Les données confirment donc l'hypothèse que les adolescents ayant des difficultés d'adaptation présentent à l'IGT-Adolescents une gravité plus élevée de la consommation et des problèmes associés ; résultats qui se manifestent autant par le calcul des scores composés que par l'évaluation faite par les adolescents.

TABLEAU 19

SCORES COMPOSÉS[a] POUR CHACUNE DES ÉCHELLES SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	CRPAT / CJ		SCOLAIRE		TOTAL		TEST STATISTIQUE	
	□	(n)	□	(n)	□	(n)	T	P
Alcool	**.097**	(191)	**.040**	(107)	**.077**	(298)	3.93	< .001
Drogue	**.147**	(191)	**.032**	(107)	**.106**	(298)	10.72	< .001
Santé physique	**.186**	(191)	**.213**	(105)	**.195**	(296)	-0.81	n.s.
Occupation	**.305**	(191)	**.163**	(105)	**.255**	(296)	4.51	< .001
État psychologique	**.256**	(191)	**.161**	(106)	**.222**	(297)	4.25	< .001
Relations interpersonnelles	**.196**	(191)	**.157**	(107)	**.182**	(298)	1.52	n.s.
Relations familiales	**.289**	(191)	**.200**	(106)	**.257**	(297)	2.63	< .01
Systèmes social et judiciaire	**.274**	(189)	**.024**	(105)	**.185**	(294)	12.19	< .001

[a] Le score composé est obtenu selon un calcul mathématique dont le résultat peut aller de 0 à 1. L'échelle de variation relative ainsi obtenu indique que le zéro signifie la nullité ou l'absence; 1 étant le score le plus élevé.

TABLEAU 20

PROFILS DE GRAVITÉ [a] DÉTERMINÉS PAR L'ADOLESCENT POUR L'ENSEMBLE DES ÉCHELLES SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	CRPAT / CJ		SCOLAIRE				TEST STATISTIQUE	
	[illegible]	(n)	[illegible]	(n)	[illegible]	(n)	T	P
Alcool	**0.351**	(191)	**0.112**	(107)	**0.265**	(298)	3.08	< .01
Drogue	**1.691**	(191)	**0.290**	(107)	**1.188**	(298)	10.46	< .001
Santé physique	**0.848**	(191)	**1.076**	(106)	**0.929**	(297)	-1.45	n.s.
Occupation	**1.293**	(191)	**0.840**	(106)	**1.131**	(297)	3.01	< .01
État psychologique	**1.476**	(191)	**0.877**	(106)	**1.263**	(297)	3.59	< .001
Relations interpersonnelles	**1.016**	(191)	**0.972**	(107)	**1.000**	(298)	0.30	n.s.
Relations familiales	**1.278**	(191)	**0.981**	(107)	**1.171**	(298)	1.89	n.s.
Systèmes social et judiciaire	**0.906**	(191)	**0.084**	(107)	**0.611**	(298)	7.02	< .001

[a] L'adolescent évalue la gravité de ses problèmes à chacun des domaines en utilisant une échelle ordinale allant de 0 à 4 : 0) pas du tout, 1) peu, 2) modérément, 3) considérablement, 4) extrêmement.

Gravité des problèmes selon l'âge et le sexe

Des analyses complémentaires ont été faites afin de vérifier s'il y avait des différences entre les deux groupes d'âge ciblés par le questionnaire, soit les 14-15 ans et les 16-17 ans, et entre les garçons et les filles. Les tableaux 21 et 22 présentent les données comparant les deux groupes d'âges. On remarque que les scores composés diffèrent significativement pour quatre échelles seulement : « alcool », «drogue », « relations familiales » et « systèmes social et judiciaire ». Quant aux profils de gravité on note une seule différence soit à l'échelle « relations familiales ». On aurait pu s'attendre à ce que le groupe plus âgé ait une gravité plus grande que l'autre groupe, compte tenu d'une plus longue expérience de consommation. Cependant, les résultats démontrent que les deux groupes sont relativement homogènes.

TABLEAU 21

SCORES COMPOSÉS[a] À CHACUNE DES ÉCHELLES SELON LE GROUPE D'ÂGE, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	14-15 ANS		16-17 ANS		TEST STATISTIQUE	
	□	(n)	□	(n)	T	P
Alcool	**.057**	(148)	**.096**	(150)	-2.34	< .05
Drogue	**.091**	(148)	**.120**	(150)	-2.20	< .05
Santé physique	**.189**	(147)	**.201**	(149)	-0.37	n.s.
Occupation	**.250**	(146)	**.259**	(150)	-0.28	n.s.
État psychologique	**.209**	(148)	**.236**	(149)	-1.16	n.s.
Relations interpersonnelles	**.167**	(148)	**.196**	(150)	-1.08	n.s.
Relations familiales	**.218**	(147)	**.295**	(150)	-2.30	< .05
Systèmes social et judiciaire	**.146**	(145)	**.223**	(149)	-2.77	< .01

[a] Le score composé est obtenu selon un calcul mathématique dont le résultat peut aller de 0 à 1. L'échelle de variation relative ainsi obtenu indique que le zéro signifie la nullité ou l'absence; 1 étant le score le plus élevé.

TABLEAU 22

PROFILS DE GRAVITÉ[a] PAR L'ADOLESCENT SELON LE GROUPE D'ÂGE IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

	14-15 ANS		16-17 ANS		TEST STATISTIQUE	
	□	(n)	□	(n)	T	P
Alcool	**0.216**	(148)	**0.313**	(150)	-1.09	n.s.
Drogue	**1.054**	(148)	**1.320**	(150)	-1.58	n.s.
Santé physique	**0.980**	(148)	**0.879**	(149)	0.67	n.s.
Occupation	**1.150**	(147)	**1.113**	(150)	0.24	n.s.
État psychologique	**1.203**	(148)	**1.322**	(149)	-0.71	n.s.
Relations interpersonnelles	**0.953**	(148)	**1.047**	(150)	-0.64	n.s.
Relations familiales	**1.020**	(148)	**1.320**	(150)	-1.94	=.05
Systèmes social et judiciaire	**0.493**	(148)	**0.727**	(150)	-1.60	n.s.

[a] L'adolescent évalue la gravité de ses problèmes à chacun des domaines en utilisant une échelle ordinale allant de 0 à 4 : 0) pas du tout, 1) peu, 2) modérément, 3) considérablement, 4) extrêmement.

Selon la littérature (Guyon et Landry, 1996), portant sur les différences entre les hommes et les femmes, on pouvait également s'attendre à ce que l'on retrouve des différences entre les garçons et les filles, notamment plus de détresse psychologique chez les filles et plus de délinquance chez les garçons. Les données rapportées aux tableaux 23 et 24 confirment cette hypothèse : selon les scores composés, les filles se caractérisent par une plus grande détresse psychologique mais aussi par des problèmes physiques, occupationnels et familiaux plus graves. Résultats qui ressortent également dans les profils de gravité, à l'exception des relations familiales, qui est néanmoins

très près du seuil de signification (0,056). Quant aux garçons, ils se distinguent des filles par leur situation sociale et judiciaire. L'IGT-Adolescents semble donc faire ressortir davantage de délinquance chez les garçons. Ceci confirme les tendances observées dans la population adulte (Guyon et Landry, 1996).

TABLEAU 23

SCORES COMPOSÉS[a] À CHACUNE DES ÉCHELLES SELON LE SEXE
IGT ADO 2[IÈME] VERSION, 1998 (N=298)

	GARÇONS		FILLE		TEST STATISTIQUE	
	□	(n)	□	(n)	T	P
Alcool	**.071**	(184)	**.086**	(114)	-0.82	n.s.
Drogue	**.112**	(184)	**.096**	(114)	1.14	n.s.
Santé physique	**.136**	(183)	**.291**	(113)	-4.73	< .001
Occupation	**.220**	(182)	**.310**	(114)	-2.63	< .01
État psychologique	**.189**	(183)	**.276**	(114)	-3.64	< .001
Relations interpersonnelles	**.152**	(184)	**.229**	(114)	-2.85	< .01
Relations familiales	**.226**	(183)	**.307**	(114)	-2.38	< .05
Systèmes social et judiciaire	**.236**	(181)	**.103**	(113)	5.04	< .001

[a] Le score composé est obtenu selon un calcul mathématique dont le résultat peut aller de 0 à 1. L'échelle de variation relative ainsi obtenu indique que le zéro signifie la nullité ou l'absence; 1 étant le score le plus élevé.

TABLEAU 24

PROFILS DE GRAVITÉ[a] PAR L'ADOLESCENT SELON LE SEXE
IGT ADO 2[IÈME] VERSION, 1998 (n=298)

	GARÇON		FILLE		TEST STATISTIQUE	
	□	(n)	□	(n)	T	P
Alcool	**0.212**	(184)	**0.351**	(114)	-1.43	n.s.
Drogue	**1.272**	(184)	**1.053**	(114)	1.26	n.s.
Santé physique	**0.652**	(184)	**1.381**	(113)	-4.72	< .001
Occupation	**0.945**	(183)	**1.430**	(114)	-3.14	< .01
État psychologique	**1.027**	(183)	**1.640**	(114)	-3.61	< .001
Relations interpersonnelles	**0.815**	(184)	**1.298**	(114)	-3.18	< .001
Relations familiales	**1.054**	(184)	**1.340**	(114)	-1.91	n.s.[b]
Systèmes social et judiciaire	**0.728**	(184)	**0.421**	(114)	2.14	< .05

[a] L'adolescent évalue la gravité de ses problèmes à chacun des domaines en utilisant une échelle ordinale allant de 0 à 4 : 0) pas du tout, 1) peu, 2) modérément, 3) considérablement, 4) extrêmement

[b] p = .056

Pour les CRPAT/CJ, on remarque que les résultats issus des test-t démontrent qu'il y a des différences significatives entre les profils de gravité tels qu'évalués par les adolescents et par les intervenants pour l'ensemble des échelles, à l'exception de la santé physique. Cependant, les corrélations sont en deçà de 0.7, ce qui démontre des liens moyens à faibles entre les deux types d'évaluation. On peut donc penser que les deux méthodes d'évaluation (une basée sur la perception de l'adolescent et l'autre sur les items critiques) ne mesurent pas les mêmes concepts. Pour le milieu scolaire, on retrouve peu de différence significative mais le petit nombre d'évaluation ne permet pas de généraliser les résultats.

TABLEAU 25

PROFILS DE GRAVITÉ[a] DÉTERMINÉS PAR L'ADOLESCENT ET LES INTERVENANTS POUR L'ENSEMBLE DES ÉCHELLES SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, IGT ADO 2IÈME VERSION, 1998 (n=298)

		ADOLESCENTS □	INTERVENANTS □	TEST STATISTIQUE T	P	CORRÉLATION r
ALCOOL	CRPAT/CJ	**.401**	**1.228**	-9.71	< .001	.569
	SCOLAIRE	**.157**	**.608**	-4.41	<.000	.632
DROGUE	CRPAT/CJ	**1.803**	**2.512**	-6.74	< .001	.491
	SCOLAIRE	**.373**	**.745**	-3.33	<.01	.745
SANTÉ PHYSIQUE	CRPAT/CJ	**.864**	**.852**	0.15	n.s	.609
	SCOLAIRE	**1.040**	**0.540**	3.35	<.01	.538
OCCUPATION	CRPAT/CJ	**1.385**	**2.193**	-7.44	< .001	.377
	SCOLAIRE	**.837**	**.755**	0.49	n.s	.446
ÉTAT PSYCHOLOGIQUE	CRPAT/CJ	**1.451**	**2.303**	-8.69	< .001	.584
	SCOLAIRE	**.922**	**1.078**	-0.86	n.s	.476
RELATIONS INTERPERSONNELLES	CRPAT/CJ	**0.994**	**1.685**	-6.34	< .001	.396
	SCOLAIRE	**1.000**	**.529**	2.91	<.01	.391
RELATIONS FAMILIALES	CRPAT/CJ	**1.265**	**2.457**	-11.16	< .001	.393
	SCOLAIRE	**1.120**	**1.260**	-1.00	n.s	.726
SYSTÈMES SOCIAL ET JUDICIAIRE	CRPAT/CJ	**0.763**	**1.563**	-8.11	< .001	.512
	SCOLAIRE	**.080**	**.320**	-2.28	< .05	.472

[a] L'adolescent évalue la gravité de ses problèmes à chacun des domaines en utilisant une échelle ordinale allant de 0 à 4 : 0) pas du tout, 1) peu, 2) modérément, 3) considérablement, 4) extrêmement.

r Corrélation r de Pearson

Préparation de la version 3

Suite à cette dernière phase d'expérimentation, les analyses ont démontré que l'outil avait une bonne fidélité test-retest et que la consistance interne des échelles était satisfaisante, les alpha étant supérieur à 0.70 pour la plupart des échelles.

Quant à la validité conceptuelle, les résultats démontrent une assez bonne interdépendance des échelles. Cependant, certaines échelles sont davantage reliées ensemble, ce qui peut s'expliquer par le fait que les difficultés vécues dans certains domaines (ex. relations interpersonnelles) peuvent affecter d'autres domaines (état psychologique). Donc, malgré le fait que les échelles semblent mesurer des concepts différents, ceux-ci ne sont pas complètement indépendants les uns des autres.

Les études sur la validité discriminante permettent de faire ressortir des différences entre les adolescents provenant des CRPAT et des CJ et ceux provenant du milieu scolaire, sur plusieurs variables, notamment : la consommation d'alcool et de drogues, les problèmes psychologiques, la prise de médicaments dans la vie, les pairs consommateurs, la situation matrimoniale des parents, certaines difficultés familiales, les fugues et les gestes délinquants. Les scores composés et les profils de gravité varient également en fonction de la clientèle mais aussi en fonction de l'âge et du sexe, tel que prévu lors des hypothèses préliminaires.

Compte tenu des résultats satisfaisants, aucune modification majeure n'a été apportée à la version 2 de l'outil. Cependant, elle a été soumise au comité aviseur qui a proposé des corrections mineures sur la forme et la présentation.

La version 3 de l'outil et la mise à jour du manuel d'utilisation ont été déposées au comité aviseur en mai 1999.

À la fin de cette étape, un outil de «dépistage de la consommation problématique chez les adolescents» a fait l'objet d'études expérimentales préliminaires et devrait être soumis à des tests psychométriques au cours de l'année 2000/2001.

3 - CONCLUSION

L'objectif de ce projet était de développer un questionnaire d'évaluation de la consommation de substances psychoactives et des problèmes associés chez les adolescents, adapté à la réalité québécoise. Le questionnaire devait être en mesure de recueillir des données fiables et valides sur la clientèle visée. Les concepteurs du projet souhaitaient également que l'outil soit considéré, tant par les intervenants que par les adolescents, comme un bon outil d'évaluation permettant de répondre à leurs besoins.

La méthode utilisée a permis d'atteindre, étape par étape, les objectifs visés. Dans un premier temps, la recension des outils déjà existants a permis d'élaborer une première version de l'IGT-Adolescents couvrant les domaines les plus pertinents à l'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. Par la suite, la consultation du comité aviseur et des adolescents lors de focus group ont permis d'adapter et d'améliorer cette version préliminaire et de les impliquer dès le départ dans le processus d'élaboration de l'outil.

Les étapes d'expérimentation subséquentes ont permis de déterminer la valeur psychométrique de l'outil. Les études de fidélité (test-retest) font ressortir la stabilité temporelle des scores composés et la capacité de l'outil à mesurer les mêmes phénomènes d'une fois à l'autre, les corrélations entre les différents moments de mesure étant significatives et les pourcentages de variation entre les items des échelles relativement bas. Les analyses de consistance interne ont démontré une bonne homogénéité des items des scores composés, celle-ci s'étant même améliorée lors de la deuxième version de l'outil.

Les résultats issus des études de validité conceptuelle montrent également que les échelles mesurent bien des aspects distincts les uns des autres, même si certaines sont davantage reliées entre elles. Quant aux analyses sur la validité discriminante, elles démontrent que l'outil discrimine les deux populations à l'étude (milieu de la réadaptation et milieu scolaire) sur plusieurs variables.

En résumé, l'outil démontre de bonnes qualités psychométriques, comparables à celles d'autres outils d'évaluation du même type, notamment l'ADAD, le CASI-A, le T-ASI ainsi que l'IGT

pour adultes, permettant ainsi de répondre au principal objectif c'est-à-dire de créer un outil d'évaluation fidèle et valide, adapté à la réalité québécoise des adolescents consommateurs de substances psychoactives.

Afin de s'assurer que l'outil répondrait aux besoins des intervenants et qu'il correspondrait à la réalité des adolescents d'ici, les concepteurs avaient choisi de développer un outil propre aux milieux d'intervention québécois, et ce en étroite collaboration avec le soutien d'un comité aviseur. Ce maillage a eu un impact positif à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la contribution du comité aviseur a permis d'élaborer un outil adapté aux besoins réels des milieux d'intervention et de l'améliorer en fonction des connaissances acquises par ces milieux. Par leur implication dans la démarche, les intervenants et les organismes impliqués se sont rapidement approprié l'outil. De plus, la formation associée à l'expérimentation leur a permis de développer une expertise quant à l'utilisation de l'IGT-Adolescents. Appuyée par un manuel de consignes adapté à leurs besoins, cette formation a permis d'uniformiser l'administration de l'outil et l'application des consignes de codification, un principe primordial non seulement pour la recherche mais aussi pour l'intervention, lorsqu'il s'agit de référer ou de discuter de cas cliniques.

Tous ces éléments ont grandement facilité l'implantation de l'IGT-Adolescents dans les milieux d'intervention, qui ont manifesté un intérêt considérable pour ce nouvel instrument. Par la suite plusieurs centres ont décidé, quelques mois après sa sortie, d'utiliser l'IGT-Adolescents comme leur outil principal d'évaluation de la toxicomanie chez les jeunes. C'est le cas notamment de la région de Québec où il devenu l'outil de référence pour l'ensemble des centres de réadaptation en toxicomanie. L'utilisation d'un même outil a également favorisé l'usage d'un langage commun dans le domaine de l'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents.

Comme il était important que les milieux continuent de s'approprier l'outil, deux démarches ont été mises de l'avant. Premièrement, une formation de formateurs a été offerte aux utilisateurs afin qu'ils puissent eux même transmettre leur connaissance et leur expertise à d'autres centres intéressés à utiliser l'IGT-Adolescents. Deuxièmement, pour assurer la continuité, le comité aviseur est devenu à la fin du projet de recherche le *comité de soutien à l'utilisation de l'IGT-Adolescents*, auquel se sont ajoutés plusieurs intervenants provenant de divers centres de

réadaptation en toxicomanie à travers le Québec. Le mandat de ce comité, co-animé par des chercheurs du RISQ et des intervenants, est de réviser annuellement l'outil afin de s'assurer qu'il réponde toujours aux besoins des milieux d'intervention québécois. Le comité s'assure également que les consignes d'utilisation sont bien comprises et appliquées par les utilisateurs. À ce titre, un responsable par centre collaborateur est chargé de transmettre l'ensemble des informations discutées aux membres de son équipe.

Enfin, une *grille de dépistage*, à l'intention des ressources de première ligne et des milieux scolaires, a été développée dans la foulée de l'IGT-Adolescents. Cette grille est actuellement en expérimentation dans la plupart des régions du Québec.

RÉFÉRENCES

Anastasi, A., traduit par Gagné, F. (1994). *Introduction à la psychométrie.* Montréal : Guérin Universitaire.

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., Guyon, L (1998) Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT, (pp.31-46). *In L.Guyon, M. Landry, S. Brochu & J. Bergeron (Eds), L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes, l'ASI/IGT.* Québec. Les Presses de l'Université Laval/De Boecke.

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugeois, P., Trépanier, M. (1992). *Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool ; l'indice de gravité d'une toxicomanie.* Rapport présenté à la Direction générale de la planification et de l'évaluation du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

Caron, J. (1999). *Un guide de validation transculturelle des instruments de mesure en santé mentale.* Site internet du Réseau Santé mentale FRSQ.

Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C., Giroux, L. (1991*). Les habitudes de vie des élèves du secondaire : Rapport d'étude.* Québec : Ministère de l'Éducation

Cloutier, R., Champoux, L., Jacques, C., Lancop, C. (1994). *Nos ados et les autres : Études comparatives des adolescents des Centres jeunesse du Québec et des élèves du secondaire.* Québec : Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

Fisher, G., Harrison, T. (1992).. Assessment of alcohol and other drug abuse with referred adolescents. *Psychology in the Schools*, 29, 172-178.

Frideman, A., Utada., A. (1989). A method for diagnosis and planning the treatment of adolescent drug abusers (The adolescent drug abuse diagnoses (ADAD) instrument). *Journal of drug education*, 19(4), 285-312.

Forget, J. (1995). *La toxicomanie chez les mineurs*, document de travail, Le regroupement des centres de réadaptation Alternatives/Domrémy-Montréal/Préfontaine.

Groupe de travail sur la lutte contre la drogues (1990). *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue.* Gouvernement du Québec.

Guyon, L., Landry, M. (1996) L'abus de substances psychoactives, un problème parmi d'autres ? Portrait d'une population en traitement. *Psychotropes, 1* (2) : 61-79.

Guyon, L., Geoffrion, Y. (1997). *La toxicomanie au Québec : Bilan des études épidémiologiques faites depuis 1990.* Collection Études et Analyses #34. Planification-Évaluation, Ministère de la Santé et Services sociaux. Gouvernement du Québec.

Kaminer, Y., Bukstein, O., Tarter, R. (1991). The Teen-Addiction Severity Index : Rationale and Reliability. *The International Journal of the Addictions*, 26(2), 219-226.

Leblanc, M., Tremblay, R. (1987). Drogues illicites et activités délictueuses chez les adolescents de Montréal : épidémiologie et esquisse d'une politique sociale. *Psychotropes*, 3(3), 57-72.

Leccesse, M., Waldron, H. (1994). Assessing adolescent substance use : a critique of current measurement instruments. *Journal of substance abuse treatment*, 11(6), 553-563.

Martin, C., Kaczynski, N., Maisto, S., Bukstein, O. Moss, H. (1995). Patterns of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependance Symptoms in Adolescents Drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 672-680.

McLellan, T., Luborsky, L., Woody, C., Cacciola, JU., Griffith, J., Evans, L., O'brien, P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centres. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.

McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, C.E., Druley, K.A. (1982) Is treatment for substance abuse effective ? *The Journal of the American Medical Association*, 247, 1423-1428

McLellan, T., Luborsky, L., Woody, C., O'brien, P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severty Index. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26-33.

Meyers, K., McLellan, T., Jaeger, J., Pettinati, H. (1995), The Development of the comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(3), 181-193.

Segal, M., Stewart, J. (1996) Substance Use and Abuse in Adolescence : An overview. *Child Psychiatry and Human Development*, 26(4), 193-210.

Vermette, G. (1997). *Inventaire analytique de programmes de réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies*, tome 1, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Winters, K., Henly,G. (1989). *Personnal Experience Inventory Test and Manual*, Los Angeles : Western Psychological Services; **cité dans Leccesse, M. et Waldron, H.** (1994). Assessing adolescent substance use : a critique of current measurement instruments. *Journal of substance abuse treatment*, 11(6), 553-563.

Winters, K., Henly,G. (1993*) Adolescent Diagnostic Interview Schedule and Manual.* Los Angeles : Western Psychological Services; **cité dans Leccesse, M. et Waldron, H.** (1994). Assessing adolescent substance use : a critique of current measurement instruments. *Journal of substance abuse treatment*, 11(6), 553-563.

Winters, K., Latimer, W., Stinchfield, R. (1999). The DSM-IV Criteria for Adolescent Alcohol and Cannabis Use Disordes. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 337-344.

Winters, L., Stinchfield, R., Henly, G. (1993). Further Validation of New Scales Measuring Adolescent Alcohol and Other Drug Abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 543-541.

ANNEXES

ANNEXE 1

Liste des partenaires associés

Centres de réadaptation

Domrémy-Mauricie/Centre du Québec

Centre Le Virage

Pavillon André Boudreau

Centre Jean-Patrice Chiasson

Maison Jean Lapointe pour adolescents

Centre Dollard Cormier-programme Jeunesse

Centres Jeunesse

Centre Jeunesse de Montréal

Centre Jeunesse de Laval

Écoles

Polyvalente Sophie Barat

Collège Régina Asumpta

Polyvalente Henri-Julien

Ont collaboré par l'intermédiaire du Pavillon André Boudreau

Polyvalente Rive-Nord

Polyvalente Ste-Thérèse

ANNEXE 2

ITEMS CONSTITUANT LE SCORE COMPOSÉ POUR CHACUNE DES ÉCHELLES DU QUESTIONNAIRE IGT ADO, 2IÈME VERSION

ÉCHELLES	# QUESTION	DESCRIPTION
ALCOOL	1	Consommation d’alcool au cours des 30 derniers jours
	21a	Nombre de jours éprouvé des difficultés avec l’alcool
	22a	Évaluation du problème par l’adolescent
	23a	Estimation du besoin de traitement par l’adolescent
DROGUE	2	Consommation d’héroïne au cours des 30 derniers jours
	3	Consommation barbituriques au cours des 30 derniers jours
	4	Consommation sédatifs au cours des 30 derniers jours
	5	Consommation cocaïne au cours des 30 derniers jours
	6	Consommation amphétamines au cours des 30 derniers jours
	7	Consommation cannabis au cours des 30 derniers jours
	8	Consommation hallucinogènes au cours des 30 derniers jours
	9	Consommation solvants au cours des 30 derniers jours
	21b	Nombre de jours éprouvé des difficultés avec la drogue
	22b	Évaluation du problème par l’adolescent
	23b	Estimation du besoin de traitement par l’adolescent
SANTÉ PHYSIQUE	10	Nombre de jours éprouvé des difficultés
	11	Évaluation du problème par l’adolescent
	12	Estimation du besoin de traitement par l’adolescent
OCCUPATION	20	Nombre de jours éprouvé des difficultés
	21	Évaluation du problème par l’adolescent
	22	Estimation du besoin de traitement par l’adolescent
ÉTAT PSYCHOLOGIQUE	3a	Perte d’intérêt…, 30 derniers jours
	3b	Anxiété, 30 derniers jours
	3c	Difficultés compréhension, 30 derniers jours
	3d	Pensées d’échec, 30 derniers jours
	3e	Agité…, 30 derniers jours
	3f	Pertes de contrôle de soi, 30 derniers jours
	3g	Intentionnellement violé des règles, 30 derniers jours
	3h	Exagérément préoccupé par nourriture, poids, taille, 30 derniers jours

	3i	Hallucinations, 30 derniers jours
	3j	Exagérément méfiant envers les autres, 30 derniers jours
	4a	Pensées suicidaires 30 derniers jours
	4b	Tentative de suicides 30 derniers jours
	4c	Automutilation, 30 derniers jours
	4d	Prise de médication, 30 derniers jours
	8	Nombre de jours éprouvé des difficultés
	9	Évaluation du problème par l'adolescent
	10	Estimation du besoin de traitement par l'adolescent
RELATIONS INTERPERSONNELLES	10	Nombre de jours éprouvé des difficultés
	11	Évaluation du problème par l'adolescent
	12	Estimation du besoin de traitement par l'adolescent
RELATIONS FAMILIALES	14	Nombre de jours éprouvé des difficultés
	15	Évaluation du problème par l'adolescent
	16	Estimation du besoin de traitement par l'adolescent
SYSTÈMES SOCIAL ET JUDICIAIRE	1	Demande d'aide suggérée ou ordonnée par réseaux social ou judiciaire
	24	Instance d'inculpation, de procès ou d'ordonnance
	28	Nombre de jours éprouvé des difficultés
	29	Évaluation du problème par l'adolescent
	30	Estimation du besoin de traitement par l'adolescent

ANNEXE 3

TABLEAU 26

MOYENNE DES SCORES COMPOSÉS SELON LES DEUX TEMPS DE PASSATION DE L'IGT ADO 2[IÈME] VERSION ET LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT

CRPAT (n= 14)

ÉCHELLES	TEST		RETEST		TEST-T (APPARIÉ)		CORRÉLATION
	□	E.T.	□	E.T.	T	P	
Alcool	**.105**	.185	**.080**	.119	0.90	n.s.	.860 [a]
Drogue	**.165**	.123	**.156**	.114	0.53	n.s.	.875 [a]
Médical	**.169**	.302	**.193**	.296	-1.04	n.s.	.958 [a]
Occupation	**.337**	.346	**.358**	.335	-0.62	n.s.	.930 [a]
Psychologique	**.277**	.281	**.258**	.279	0.91	n.s.	.961 [a]
Interpersonnelle	**.206**	.321	**.217**	.317	-0.49	n.s.	.964 [a]
Famille	**.299**	.329	**.284**	.334	0.47	n.s.	.937 [a]
Social et judiciaire	**.186**	.258	**.209**	.253	-0.74	n.s.	.895 [a]

[a] $p < .001$

CENTRES JEUNESSE (n= 27)

ÉCHELLES	TEST		RETEST		TEST-T (APPARIÉ)		CORRÉLATION
	□	E.T.	□	E.T.	T	P	
Alcool	**.065**	.154	**.080**	.170	-1.04	n.s.	.886 [a]
Drogue	**.086**	.111	**.076**	.088	0.79	n.s.	.778 [a]
Médical	**.138**	.246	**.133**	.200	0.23	n.s.	.918 [a]
Occupation	**.118**	.230	**.065**	.154	1.12	n.s.	.208
Psychologique	**.233**	.195	**.251**	.192	-0.74	n.s.	.779 [a]
Interpersonnelle	**.207**	.277	**.223**	.277	-0.33	n.s.	.609 [b]
Famille	**.251**	.302	**.266**	.297	-0.54	n.s.	.885 [a]
Social et judiciaire	**.313**	.214	**.410**	.241	-2.48	< .05 [c]	.634 [b]

[a] $p < .001$
[b] $p = .001$
[c] la différence significative entre le score composé du temps 1 et celui du temps 2 semble s'expliquer surtout par une augmentation du nombre de jours à laquelle l'adolescent a été perturbé (question 28) ainsi que l'évaluation de ses problèmes de justice (question 29).

SCOLAIRE (n= 11)

ÉCHELLES	TEST		RETEST		TEST-T (APPARIÉ)		CORRÉLATION
	$\bar{X}$	E.T.	$\bar{X}$	E.T.	T	P	
Alcool	**.012**	.015	**.015**	.020	-1.30	n.s.	.889 [a]
Drogue	**.009**	.031	**.004**	.014	1.00	n.s.	1.000 [a]
Médical	**.083**	.143	**.035**	.081	1.70	n.s.	.782 [c]
Occupation	**.108**	.190	**.025**	.067	1.66	n.s.	.510
Psychologique	**.047**	.076	**.038**	.066	0.48	n.s.	.577
Interpersonnelle	**.071**	.128	**.034**	.077	1.76	n.s.	.883 [a]
Famille	**.098**	.274	**.103**	.276	-0.56	n.s.	.995 [a]
Social et judiciaire	**.000**	.000	**.000**	.000			

[a] $p < .001$
[b] $p = .001$
[c] $p < .01$

ANNEXE 4